CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES

ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

RENNES - 1905

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES

ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XVe SESSION

Tenue à RENNES du 1er au 7 Août 1905

VOLUME II

Publié par le Dr SIZARET, Secrétaire Général

COMPTES RENDUS



PARIS
MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1905



XV[e] CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

De France et des Pays de Langue Française

TENU A RENNES DU 1[er] AU 7 AOUT 1905

Ainsi que M. le Docteur Girma, secrétaire général du Congrès de Pau, le rapporte à la page 99 de son compte rendu de la XIV[e] session, un télégramme m'apprit, le 2 août 1904, que le Congrès désirait tenir ses assises à Rennes au mois d'août 1905 et on me faisait l'honneur de me demander mon avis. Je répondais que, malgré le désir exprimé au Congrès de 1903 à Bruxelles, je regrettais que l'état de l'asile Saint-Méen, en pleine période de démolition des vieux bâtiments d'entrée détruits deux mois avant par un incendie, me fît prier de différer d'un an ou deux la venue du Congrès à Rennes, de crainte que l'asile d'Ille-et-Vilaine ne fût pas en état d'être présenté à l'annuelle réunion en une forme satisfaisante.

On voulut bien ne pas tenir compte de mon objection uniquement basée sur mon désir de recevoir honorablement mes confrères et il fut décidé que le Congrès de 1905 se réunirait à Rennes.

D'autre part, c'est avec ardeur que j'accueillis les fonctions de secrétaire général, avec la perspective d'avoir pour président M. le D[r] A. Giraud, que j'avais l'honneur de connaître et d'affectionner depuis longtemps. M. le Préfet d'Ille-et-Vilaine me promit son haut patronage auprès de l'Assemblée départementale, qui voulut bien nous accorder un subside de 1000 francs dans sa session d'avril 1905.

La Municipalité de Rennes, en la personne de M. l'adjoint Oberlhür, me promit également l'accueil le plus empressé ; ces promesses ont été certainement mieux que tenues.

M. le directeur de l'École de Médecine, Dr Perrin de la Touche, m'assura également de toute sa sollicitude, et comme toujours en toutes circonstances j'ai trouvé près de lui les conseils et l'appui le plus sûrs.

M. le professeur Cavalier, de la Faculté des Sciences, voulut bien m'aider à obtenir de M. le professeur Moreau, doyen de la Faculté des Sciences, avec l'autorisation de M. le recteur Laronze, pour nos séances, l'hospitalité dans les locaux neufs de la Faculté, où se font les cours aux futurs étudiants en médecine.

Le matériel de micrographie était offert par M. le Dr Perrin de la Touche et l'appareil de projections était promis avec le concours si aimable de M. le Dr Castex.

A tous merci pour l'aide bienveillante qu'a trouvée près d'eux le Secrétaire général ; qu'il me soit permis également de remercier mes dévoués collaborateurs les secrétaires des séances, MM. Brunet, Corket et Dide.

Rennes, ville universitaire, n'est pas au point de vue pittoresque dans un site comparable à celui des Pyrénées, mais les environs nous permettaient d'offrir aux membres du Congrès quelques promenades, depuis la visite d'asiles de la région avec les paysages si pittoresques de Dinan et du Mont-Saint-Michel, jusqu'à la finale excursion maritime aux îles Anglo-Normandes.

La Municipalité de Rennes nous a montré une affabilité continuelle, et si nous avons pu offrir un décor convenable à notre séance d'inauguration, à notre banquet confraternel, c'est grâce à sa généreuse hospitalité.

M. le Premier Président Maulion nous a fait l'honneur de déléguer MM. les conseillers Gaspaillard et Oudin pour faire visiter aux congressistes les admirables salles du Palais de Justice, joyau de la ville, où dans un décor de grand style se retrouvent les souvenirs d'illustres ancêtres.

LISTE

DES

ASILES D'ALIÉNÉS, COLONIES FAMILIALES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE AYANT ADHÉRÉ AU CONGRÈS

Asile Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
Asile Saint-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).
Asile de Quimper (Finistère).
Asile d'Alençon (Orne).
Asile de Montdevergues (Vaucluse).
Asile de Prémontré (Aisne).
Asile d'Évreux (Eure).
Asile de Dury-lès-Amiens (Somme).
Asile de Saint-Alban (Lozère).
Asile du Pont Saint-Côme (maison de santé Reech) à Montpellier (Hérault).
Asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).
Asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure).
Asile de Rennes (Ile-et-Vilaine).
Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).
Asile d'Armentières (Nord).
Asile Saint-Pierre à Marseille (Bouches-du-Rhône).
Asile Saint-Robert à Sainte-Égrève (Isère).
Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Asile de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Asile de Saint-Lizier (Ariège).
Asile de Bron (Rhône).
Asile de Toulouse (Haute-Garonne).
Asile de Mayenne (Mayenne).
Asile de Moisselles (Seine-et-Oise).
Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
Asile de Pierrefeu (Var).
Asile de Bailleul (Nord).
Asile de Châlons-sur-Marne (Marne).

Asile d'Auch (Gers).
Asile de Lesvellec (Morbihan).
Asile de Maison-Blanche (Seine-et-Oise).
Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).
Colonie familiale de Ainay-le-Château (Allier).
Société de médecine de Rouen (Seine-Inférieure).

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr Abadie (Jean), Professeur à la Faculté de Bordeaux, 3, rue des Trois Conils.
Dr Adam (Aloÿs), Médecin-Directeur de l'Asile St-Georges, à Bourg-en-Bresse (Ain).
Dr Andrieu père, 45, rue de la Grande-Horloge, à Agen (Tarn-et Garonne).
Dr Antheaume, Médecin en Chef de la Maison Nationale de Charenton (Seine).
Dr Archambault, Médecin en Chef de l'Asile d'Aliénés de Tours (Indre-et-Loire).
Dr Arnaud, Médecin-Directeur à l'Asile de Vanves, près Paris.
Dr Assicot, 5, rue d'Estrées, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr Baderot, 2, rue d'Orléans, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr Bajenow, Professeur, Faculté de Moscou, 122, bd Strétensky (Russie).
Dr Bailleul (Louis), Maire de Pontorson (Manche).
Dr Ballet (Victor), Directeur-Médecin à l'Asile de Divonne-les-Bains (Ain).
Dr Ballet (Gilbert), 39, rue du Général Foy, à Paris.
Dr Béchet, à Avranches (Manche).
Dr Béco, Professeur à l'Université de Liège, rue Sainte-Marie, Liège (Belgique).
Dr Bellat, Directeur-Médecin de l'Asile de Brenty-la-Couronne (Charente).
Dr Blin (Emmery), Médecin-Chef des Asiles de la Seine, Ile de Bréhat (Côtes-du-Nord).
Dr Blin, Professeur à l'École de Médecine, 9, rue Victor Hugo, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr Boëtau, Docteur-Médecin, 18, rue Chanzy, Le Mans (Sarthe).
Dr Boech (Jean de), Professeur à l'Université de Bruxelles (Belgique).
Dr Boiteux, Médecin-Chef à l'Asile de Clermont (Oise).
Dr Bouchard, Membre de l'Institut, 174, rue Rivoli, Paris.
Dr Bour, Interne à l'Asile Clinique, 5, place des Termes, Paris.
M. Bourdon, Professeur de Philosophie, 17, rue de Bel-Air, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr Bourneville, 14, rue des Carmes, Paris.
Dr Brécy, Établissement Hydrothérapique du Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Brissaud, 5, rue Bonaparte, Paris.

Dr Brousse (Paul), Président du Conseil Municipal de Paris.
Dr Brunet (Laurent), Médecin-Adjoint à l'Asile Saint-Yon (Seine-Inférieure).
Dr Buck (Diomède de), Médecin-Chef, Asile de Froidmont-lès-Tournai (Belgique).
M. Camus (Paul), Interne des Hôpitaux, 66, rue Bonaparte, Paris.
Dr Carrier (Albert), Médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon, 138, route de Vienne, à Lyon.
Dr Castex, Professeur à l'École de Médecine, 13, rue Kléber, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr Cestan, 1 *bis*, Allées Saint-Étienne, à Toulouse.
M. Charpentier (René), Interne à l'Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).
Dr Charuel, Médecin-Chef à l'Asile d'Alençon (Orne).
Dr Chaumier (Johannès), Directeur de la Maison de Santé de Champvert, 9, rue Sala, Lyon.
Dr Chenais (Louis), 12, rue Boileau, Paris-Auteuil.
Dr Chervin, Directeur de l'Institut des Bègues de Paris, 82, avenue Victor Hugo, Paris.
Dr Chocreaux (Georges), Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul (Nord).
Dr Christian (Jules), Médecin-Chef honoraire de la Maison de Charenton, 4, boulevard Diderot, Paris.
Dr Claus, Médecin-Chef, Asile des Aliénés d'Anvers (Belgique).
Dr Constensoux, Chef de Clinique à la Salpêtrière, 2, rue de Lisbonne, Paris.
Dr Corcket, Médecin-Adjoint, Asile du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados).
Mme Cossé-Brissac (de), 1, rue Dupuytren, Paris.
Dr Coulonjou, Médecin-Adjoint, Asile d'Alençon (Orne).
Dr Cortyl, Directeur-Médecin, Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
Dr Crocq, Professeur Agrégé, 62, rue Joseph II, à Bruxelles (Belgique).
Dr Croustel, Médecin-Directeur, Asile de Lesvellec (Morbihan).
Dr Cruchet (René), Chef de Clinique à la Faculté de Bordeaux (Gironde).
Dr Cullerre, Directeur-Médecin, Asile de la Roche-sur-Yon (Vendée).
Dr Dupain, Médecin-Chef, Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).
Dr Damaye, Interne à l'Asile de Villejuif (Seine).
Dr Darcanne, à Fougères (Ille-et-Vilaine).
Dr Dayot (Hippolyte), à Erquy (Côtes-du-Nord).
Dr Deny, 18, rue de la Pépinière, Paris.
Dr Deroubaix, Médecin-Adjoint, Asile de Froidmont (Belgique).
Dr Deschamps, 22, rue de la Monnaie, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr Devay, Médecin-Chef, Maison Saint-Jean de Dieu, 30, rue de la République, Lyon.
Dr Doutrebente, Médecin-Directeur, 34, avenue de Paris, Blois (Loir-et-Cher).
Dr Dubourdieu, Médecin-Chef, Asile de Saint-Robert, à Sainte-Egrève (Isère).

Dr DUBUISSON (Maxime), Directeur-Médecin, Asile de Toulouse (Haute-Garonne).
Dr DUPRÉ, Médecin des Hôpitaux, 47, rue Saint-Georges, Paris.
Dr DUMAS, Médecin-Directeur, Asile de Bassens (Savoie).
Dr FAREZ (Paul), Professeur à l'École de psychologie, 154, boulevard Haussmann, Paris.
Dr FAURE (Eugène), 87, Cours Henri, Lyon.
Dr FAURE (Maurice), La Malou (Hérault).
Dr FOVEAU DE COURMELLES, 26, rue de Châteaudun, Paris.
Dr FRANCOTTE, 15, quai de l'Industrie, Liège (Belgique).
Dr GARNIER (Samuel), Médecin-Directeur, Asile de Dijon (Côte-d'Or).
Dr GIRAUD, Médecin-Directeur, Asile de Saint-Yon près Rouen (Seine-Inférieure).
M. GIRAUD (Antoine), Préparateur au Laboratoire de Médecine mentale, Lyon.
Dr GIRMA, Médecin-Directeur, Asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées).
Dr GRANDJUX, Rédacteur en chef du Caducée, 5, rue Saint-Paul, Paris.
Dr GRASSET, Professeur de Clinique médicale, 6, rue J.-J. Rousseau, Montpellier (Hérault).
Dr HAMEL, Médecin-Directeur, Asile d'Auxerre (Yonne).
Dr JANET (Pierre), Professeur au Collège de France, 11, rue Barbet de Jouy, Paris.
Dr JOCQS, 43, rue Taitbout, Paris.
Dr JOFFROY, Professeur à la Faculté de Médecine, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.
Dr JUQUELIER, Chef de Clinique à l'Asile Sainte-Anne, Paris.
Dr LADAME, 5, Rond-point de Plein Palais, à Genève (Suisse).
Dr LAGRIFFE, Médecin-Adjoint, Asile de Quimper (Finistère).
Dr LALANNE, Médecin-Directeur, Maison de santé, Le Bouscat (Gironde).
Dr LALLEMENT, Médecin-Directeur, Asile de Quatre-Mares, Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure).
Dr LANDE, Médecin des Hôpitaux, 34, place Gambetta, Bordeaux (Gironde).
Dr LANNOIS, Professeur agrégé à la Faculté, 14, rue Émile Zola, Lyon.
Dr LARRIVÉ, à Meyzieu (Isère).
Dr LE CUZIAT, Médecin en chef, Asile de Bégard (Côtes-du-Nord).
Dr LE DAMANY, 4, rue Le Bastard, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr LEGRAS (Arthur), Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, 7, passage Saulnier, Paris.
Dr LÉPINE, Médecin-Adjoint, Asile de Bron, près Lyon (Rhône).
Dr LÉRI (André), 5, rue Sontay, Paris.
Dr LEROY (Eugène), 4, rue Saint-Philippe du Roule, Paris.
Dr LHUISSIER, 1, rue de la Monnaie, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Mme LIPINSKA, Doctoresse à Luxeuil-lès-Bains (Haute-Savoie).

Dr Long, 6, rue Constantin, à Genève (Suisse).
Dr Lwoff, Médecin-Chef à l'Asile de Maison-Blanche (Seine-et-Oise).
Dr Mabille, Directeur-Médecin, Asile de Lafond, La Rochelle (Charente-Inférieure).
Dr Maignan, Médecin-Chef à Sainte-Anne, Paris.
Dr Manheimer-Gommès, 32, rue de l'Arcade, Paris.
Dr Marie (A.), Médecin en Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr Marty, Médecin principal, 7, rue de la Paillette, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr Maupaté, Asile de la Charité (Nièvre).
Dr Meige, 10, rue de Seine, Paris.
Dr Meilhon, Médecin-Directeur, Asile de Quimper (Finistère).
Dr Meuriot (Henri), 17, rue Berton, Paris.
Dr Millardet, Professeur à l'École de Médecine, 13, rue Le Bastard, Rennes (Ille et-Vilaine).
Dr Miraillé, Médecin des Hôpitaux, 19, rue Crébillon, Nantes (Loire-Inférieure).
Dr Morel, Médecin-Directeur, Asile de Mons (Belgique).
Dr Motet, 161, rue de Charonne, Paris.
Dr Nogués, 34, quai de Tounis, Toulouse (Haute-Garonne).
Dr Oberthur, Médecin-Directeur, 12, rue Boileau, Paris-Auteuil.
Dr Pactet, Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr Page (Maurice), Établissement Hydrothérapique de Bellevue (Seine-et-Oise).
Dr Pailhas, Médecin-Chef, Asile d'Albi (Tarn).
Dr Parhon, Docent Clinique des maladies nerveuses, rue Romana, 228, Bucarest (Roumanie).
Dr Paris, Médecin-Chef, Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Parant, Médecin-Directeur, Maison de santé, 17, allées de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne).
Dr Pasturel, Médecin-Adjoint à l'Asile de Leyme (Lot).
Dr Pelletier (Charles), Chef du Service des Aliénés à la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, Paris.
Dr Périès, Asile de Montauban (Tarn-et-Garonne).
Dr Perrin de la Touche, Directeur de l'École de Médecine, 6, rue d'Argentré, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Dr Petit (Gilbert), Directeur-Médecin, Asile de Moulins (Allier).
Dr Petrucci, Directeur-Médecin, Asile Saint-Gemmes-sur-Loire, Angers (Maine-et-Loire).
Dr Peeters, Directeur de la Colonie de Gheel (Belgique).
Dr Pichenot, Médecin-Chef, Asile de Montdevergues (Vaucluse).
Dr Picqué, Chirurgien des Hôpitaux de Paris, 81, rue Saint-Lazare, Paris.
Dr Pierret, Professeur à la Faculté de Lyon (Rhône).

Dr Pitres, Doyen de la Faculté de Médecine; 119, cours d'Alsace-Lorraine, Bordeaux (Gironde).

Dr Porot (Antonin), 25, rue Centrale, Lyon.

Dr Raymond, Professeur à la Faculté, 156, boulevard Haussmann, Paris.

Dr Rayneau (James), Médecin-Chef, Asile d'Orléans, 1, porte Madeleine (Loiret).

Dr Régis, Professeur à la Faculté de Médecine, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde).

Dr Ritti, Médecin-Chef, Maison de Charenton, 57, Grande Rue, Saint-Maurice (Seine).

Dr Rivière, 3, quai Lamennais, Rennes (Ille-et-Vilaine).

Dr Roubinowich (Jacques), 115, rue du Faubourg Poissonnière, Paris.

Dr Roy, Chef de Clinique à l'Asile Sainte-Anne, Paris.

Dr Royet, 68, rue de la République, Lyon.

Dr Rudler (Fernand), Médecin-Major au 11e dragons, Belfort.

M. Rondel, Inspecteur général des services administratifs, au Ministère de l'Intérieur.

Dr Sabrazès, Professeur Agrégé, 26, rue Bondet, Bordeaux (Gironde).

Dr Sacquépée, 17, rue du Vieux-Cours, Rennes (Ille-et-Vilaine).

Dr Sano, Médecin des Hôpitaux, 2, rue Montebello, Anvers (Belgique).

Dr Santenoise, Médecin-Adjoint, Asile de Dijon (Côte-d'Or).

Dr Schnyder, rue Fédérale, Berne (Suisse).

Dr Semelaigne, Médecin-Directeur, Maison de santé, 16, avenue de Madrid, Neuilly-sur-Seine.

Dr Sérieux, Médecin-Chef, Asile de Ville-Évrard (Seine-et-Oise).

Dr Sicard, Médecin des Hôpitaux, 41, rue Madame, Paris.

Dr Sixto a Arman, Médecin-Chef, Asile d'Oviedo (Espagne).

Dr Sizaret (Charles), Médecin-Chef, Asile de Pontorson (Manche).

Dr Taty, Chef du Laboratoire de Médecine mentale, 24, quai Claude Bernard, Lyon.

Dr Trénel (Marc), Directeur-Médecin, Asile de Moisselles (Seine-et-Oise).

Dr Vallon, Médecin-Chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.

Dr Vernet, Médecin-Chef, Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Vernet, Médecin-Adjoint à l'Asile de Moulins (Allier).

Dr Viel, Directeur-Médecin, Asile de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).

Dr Vigouroux, Médecin-Chef, Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Dr Vlavianos, 16, rue Zénon, Athènes (Grèce).

MEMBRES ASSOCIÉS

Mme Boetau, 18, rue Chanzy, Le Mans (Sarthe).
Mlle Boetau, id.
M. Bourneville fils, 14, rue des Carmes, Paris.
Mme Bellat, à Breuty-la-Couronne (Charente).
Mme Blin, Ile de Bréhat (Côtes-du-Nord).
Dr Bonnet, chez le Dr Devay, 30, rue de la République, Lyon.
Mme Bonnet, id.
Mme Charuel, Asile d'Alençon (Orne).
Mme Cullerre, Asile de la Roche-sur-Yon (Vendée).
Mlle Cullerre, id.
Mme Chardon, Asile d'Armentières (Nord).
M. Chardon fils, id.
Mme Deschamps, 22, rue de la Monnaie, Rennes (Ille-et-Vilaine).
Mme Devay, 30, rue de la République, Lyon.
Mme Girma, Asile Saint-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).
Mme Giraud, Asile Saint-Yon, près Rouen (Seine-Inférieure).
Mlle Giraud, id.
M. Giraud (Antonin), Préparateur au Laboratoire de Médecine mentale, Lyon.
Mme Lalanne, Le Bouscat (Gironde).
Mme Lannois, 14, rue Émile Zola, Lyon.
Mme Larrive, à Meyzieu (Isère).
Mme Lacoste, chez le Dr Lalanne, Le Bouscat (Gironde).
Mme Meige, 10, rue de Seine, Paris.
Mme Nogués, 34, quai de Tounis, Toulouse (Haute-Garonne).
M. Nogués (Georges), fils, id.
Mme Oberthür, 12, rue Boileau, Paris-Auteuil.
Mme Pichenot, Asile de Montdevergues (Vaucluse).
Mme Pailhas, Asile d'Albi (Tarn).
Mme Périès, Asile de Montauban (Tarn-et-Garonne).
Mme Pelletier, 2, rue Lobau, Paris.
Mme Régis, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde).
Mme Rayneau, 1, porte Madeleine, Orléans (Loiret).
Mme Royet, 68, rue de la République, Lyon.
Mme Taty, 24, rue Claude Bernard, Lyon.
Mme Vallon, 1, rue Cabanis, Paris.
M. Viel fils, Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).

RÈGLEMENT

Article premier. — Un Congrès de Médecins Aliénistes se réunit chaque année dans une des villes de France.

Peuvent y adhérer non seulement les Médecins français, mais aussi les Médecins des pays de langue française.

La durée du Congrès sera de six jours.

Art. 2. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir.

Art. 3. — La première séance sera ouverte par le Président du Bureau du Congrès de l'année précédente, bureau qui a été constitué en Comité d'organisation de la nouvelle session.

Immédiatement après l'ouverture de la séance on procédera à la nomination d'un nouveau Président, de Vice-Présidents en nombre indéterminé, d'un Secrétaire général et de Secrétaires des séances.

On nommera également des Présidents d'honneur.

Art. 4. — Le Bureau nommé a la direction des travaux du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

Art. 5. — Les membres adhérents français ou étrangers ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des administrations publiques françaises jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

Art. 6. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes.

Art. 7. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au Secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la

rédaction des procès-verbaux. Dans le cas où ce résumé n'aurait pas été remis, le texte rédigé par le Secrétaire en tiendra lieu.

Art. 8. — Les procès-verbaux seront imprimés et distribués aux membres du Congrès le plus tôt possible après la session.

Art. 9. — Un compte rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins du Bureau. Celui-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l'impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au Secrétaire général le 15 novembre ne sera pas imprimé.

Art. 10. — Le Bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue le Comité d'organisation du Congrès de l'année suivante en s'adjoignant les Médecins Aliénistes de la ville où il doit se réunir.

SÉANCE D'OUVERTURE

(MARDI 1er AOUT)

Le 1er août, à neuf heures du matin, un grand nombre de congressistes pénétrèrent, au milieu d'un riant décor de verdure emprunté aux serres de la Ville, par le vestibule et le grand escalier, dans le grand salon de l'Hôtel de Ville, où se trouvaient réunis M. le Préfet, M. le Maire-Sénateur Pinault, M. Oberthür, adjoint; de nombreuses délégations des autorités et pouvoirs publics, parmi lesquels nous citerons MM. les conseillers Oudin et Gaspaillart; MM. les avocats généraux Canac et Martin; M. Le Bourdellès, procureur de la République; M. le Sénateur Brager de la Villemoysan; M. Bitouzé, notaire; M. Janvier, juge au Tribunal de commerce, tous trois membres de la Commission de surveillance de l'Asile d'aliénés; M. le Docteur Drouineau, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur, délégué par M. le Ministre pour suivre les travaux du Congrès: un grand nombre de professeurs de l'Université et de médecins de la ville, en tête desquels on distingue M. le Docteur Perrin de la Touche, Directeur de l'École de Médecine. De nombreuses dames, de la ville ou associées au Congrès, mettent une note riante dans le cadre.

M. le Sénateur-Maire Pinault ouvre la séance et souhaite la bienvenue aux congressistes en ces termes :

MESSIEURS,

Je suis heureux, au nom de la Ville de Rennes, de vous souhaiter la bienvenue.

Notre ville, qui est avant tout une ville de science et d'études, s'honore de posséder dans ses murs pendant quelques jours cette pléiade de savants qui s'y sont donné rendez-vous de la France et de l'étranger et qui ont pour but de se communiquer le résultat de leurs

travaux, de joindre leurs efforts pour combattre les plus grands maux qui affligent l'humanité : l'affaiblissement des facultés mentales.

Nous sommes heureux de recevoir chez nous les amis de la science et de l'humanité.

Que vos travaux soient féconds, et, si de votre séjour parmi nous, peut surgir une découverte et un bienfait pour nos semblables, ce sera pour notre municipalité un grand bonheur et en même temps un grand honneur.

Puis M. le Docteur DROUINEAU, inspecteur général, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu me déléguer de nouveau au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. L'honneur qui m'est ainsi fait me donne une double satisfaction. C'est, d'abord, de me retrouver parmi vous, c'est-à-dire au milieu de confrères et d'amis ; puis, je revois la belle ville de Rennes qui me rappelle de doux et lointains souvenirs. La vieille cité bretonne, aux destinées de laquelle vous présidez, M. le Sénateur, avec tant d'autorité, je l'ai connue moins brillante, moins parée ; c'était avant l'année terrible, à l'époque où le 9e bataillon de chasseurs, dont j'étais le modeste aide-major, y tenait paisiblement garnison.

C'est enfin une véritable joie pour moi de me ranger avec vous, sous la bannière présidentielle du docteur Giraud, le médecin-directeur véritablement exemplaire, sympathique entre tous et dont vous avez tenu à signaler les mérites scientifiques tout autant que les qualités personnelles en le désignant unanimement l'an passé à Pau pour diriger vos travaux.

Permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler qu'au dernier congrès je vous disais qu'à revenir ainsi chaque année au milieu de vous, je n'avais plus de raison de vous imposer un discours officiel et que nos rapports se faisant en quelque sorte plus intimes, plus étroits, il m'était permis de me borner à suivre vos débats et à tirer le meilleur profit de vos si intéressants travaux.

Si je renonce à l'allocution officielle, je ne puis pas cependant vous laisser croire que ces congrès ne portent pas leurs fruits dans les sphères administratives et que cette union que nous avons contractée vous et moi depuis plusieurs années n'a pas eu d'heureux résultats.

Je désire vous apporter les preuves du contraire. Vous n'avez pas oublié, j'en suis convaincu, la chaude et brillante discussion que suscita le rapport de M. Deny sur la démence précoce ; l'intérêt scientifique du sujet vous absorbait, mais je saisissais au passage vos observations et vos remarques et je quittai le congrès, convaincu que toute une popu-

lation confiée aux soins de l'administrateur pénitentiaire méritait désormais une attention spéciale en raison de ses tares originelles, de ses tendances impulsives, de certains désordres mentaux que vous mettiez si vivement en lumière.

Je sollicitai de l'administration pénitentiaire, avec l'appui du comité des inspecteurs généraux, la création d'une fiche individuelle où l'état physique et psychique de tous les jeunes gens placés dans les colonies pénitentiaires serait observé à l'entrée et pendant le séjour à la colonie. L'administration a accueilli notre requête et cette nouvelle organisation, véritable enquête scientifique, va être bientôt mise en pratique. Ce progrès, c'en est un réel, nous vous le devons, Messieurs, et j'avais à cœur de vous le dire aujourd'hui.

Dans un autre ordre d'idées et laissant de côté les faits purement scientifiques, pour nous attacher à ceux qui touchent à l'organisation médicale et administrative de nos asiles, laissez-moi vous rappeler vos vœux souvent répétés de voir alléger la tâche écrasante qu'un nombre considérable de malades impose aux médecins de la plupart de nos asiles.

L'administration supérieure s'en est émue, le Conseil supérieur de l'Assistance publique en a été saisi et, grâce au plaidoyer riche de faits et de preuves de notre dévoué confrère Bourneville, la cause, on peut le dire, est gagnée. Le Conseil supérieur, avec sa compétence et son autorité, a déclaré dans quelles limites devait s'organiser le service médical pour pouvoir être en tous points efficace et utile.

Voilà encore une victoire, Messieurs, à laquelle vous avez certainement contribué. La publicité de vos travaux, le retentissement légitime qu'ils ont dans le monde scientifique et administratif, éveillent les inerties, relèvent les découragements bien excusables quand il s'agit, pour nous, de l'application de la loi de 1838. Ils créent, en un mot, un courant d'idées, d'action même qui, d'abord peu sensible, prend maintenant plus d'importance.

Vous ne serez pas surpris si je vous apprends que le traitement hospitalier des délirants aigus, que défendent aujourd'hui avec l'énergie d'initiateurs convaincus, deux de vos anciens présidents, MM. Régis et Ballet, va être l'objet d'une étude à la prochaine session du Conseil supérieur, qui a accepté sans contestation le vœu que je lui ai présenté à ce sujet.

La question est grave par certains côtés, minutieuse et délicate dans son application pratique, je ne le sais que trop, et j'aurai été heureux, si votre ordre du jour le pouvait permettre, que ceux-là même qui s'en montrent partisans puissent ici poser les termes du problème à résoudre et les discuter avec quelque soin ; c'eût été une bien utile préparation pour faire plus prompte et plus certaine la solution que beaucoup d'entre nous désirent.

Vous dirai-je encore que nous n'avons pas oublié le vœu que vous

formuliez à Pau relativement aux retraites du personnel médical des asiles et que tout récemment, le 21 juillet, un rapport de M. le Directeur de l'Assistance publique a été adressé à M. le Ministre dans le but de saisir le Conseil supérieur à la prochaine session de l'examen de cette question ?

Vous voyez, Messieurs, que grâce à vous, une ère nouvelle semble s'ouvrir et vous rendrez, je l'espère, justice à l'administration supérieure de l'Assistance publique et aux efforts manifestes qu'elle fait pour s'associer à vos désirs et à vos vœux.

La tâche qui nous incombe est difficile, car nous n'avons pas la possibilité légale d'agir et surtout d'agir vite. Mais, nous montrerons au moins quelles sont les lacunes, les faiblesses de nos lois et de nos règlements et quelles obligations s'imposent à tous ceux qui ont mission d'assurer l'assistance des malades aliénés, et particulièrement aux assemblées départementales dont le concours nous est indispensable.

Il m'a semblé, Messieurs, qu'à défaut d'un discours, vous pourriez me permettre de vous entretenir ici, de nos actes dans le présent et de nos espérances dans l'avenir.

Permettez-moi, en terminant, de prendre ici même acte d'un fait récent, dont vous vous êtes tous réjouis, je veux parler, vous l'avez compris, de la distinction que M. le Ministre vient de décerner à M. le docteur Vallon.

Vous penserez avec moi, que ce n'est pas seulement là une récompense compensatrice de la douloureuse et pénible épreuve que vient de traverser le docteur Vallon, du danger qu'il a couru et dont nous l'avons vu sortir avec tant de joie, mais c'est aussi, et je veux dire, surtout, le passé scientifique, les services loyaux et dévoués, la carrière si honorablement parcourue par lui qui lui ont valu cette distinction.

Mon sentiment est le vôtre, j'espère que c'est aussi celui de l'administration elle-même, et il me semble que le mauvais sort est conjuré, que désormais les yeux s'ouvrent et jugent plus nettement la vie laborieuse, pénible, dangereuse même de nos médecins d'asiles et que les mérites et le dévouement de beaucoup d'entre eux ne resteront plus sans recevoir une légitime récompense.

Quoi qu'il advienne de nos rêves ou de nos espérances, soyons tout entiers au charme de l'heure présente.

Le quinzième Congrès qui s'ouvre si brillamment aujourd'hui, en présence des représentants autorisés de l'administration, de la magistrature, du corps médical, sera non moins fécond en utiles travaux que ses devanciers ; comme eux aussi, il aura sa large part de fêtes et de distractions et, grâce à la vigilante sollicitude de notre aimable président, du dévoué secrétaire général, M. le docteur Sizaret, nous connaîtrons quelques-uns des beaux sites de cet admirable pays breton qu'on est heureux de visiter, non pas seulement pour y voir ses belles cités, ses plages superbes, mais aussi pour pénétrer dans les

modestes hameaux et y recueillir les vieilles légendes des temps passés, les récits héroïques et les croyances de cette vaillante et féconde population qui conserve pieusement les traditions, les monuments élevés par les aïeux et garde à cette contrée de la France sa physionomie si particulière et si attachante. »

M. le Docteur A. GIRAUD, président annuel du Congrès, s'exprime en ces termes :

MESDAMES, MESSIEURS,

Mes premiers mots doivent être des paroles de remerciement.

MONSIEUR LE SÉNATEUR,

Vous venez, en votre qualité de Maire de Rennes, de nous souhaiter la bienvenue, et vous avez ouvert votre salle des fêtes pour nous recevoir. Nous n'avions pas de doutes sur l'accueil qui nous était réservé par la municipalité. Vous n'avez pas oublié que votre père était médecin et que vous apparteniez ainsi à la famille médicale. Quant à Monsieur Oberthür qui est assis à vos côtés, c'est le père d'un de nos très sympathiques confrères, et vous voyez avec plaisir un Congrès de Médecins se réunir à Rennes.

MONSIEUR LE PRÉFET,

Sur votre proposition, le Conseil général du département a voté un crédit pour nous recevoir à l'asile départemental. Au nom du Congrès, je vous remercie, et je vous prie de transmettre nos remerciements à l'assemblée départementale.

Vous connaissez notre programme, Monsieur le Préfet, nous ne nous bornons pas à discuter les questions ayant fait l'objet de rapports, et à entendre les communications scientifiques qui nous sont apportées. Nous visitons les asiles d'aliénés de la région pour unir la théorie à la pratique, et nous serons amenés à sortir deux fois du département d'Ille-et-Vilaine. Nous visiterons successivement l'asile de Dinan, asile privé faisant fonction d'asile public, l'asile départemental de Rennes, et enfin l'asile de Pontorson, quartier d'hospice. Nous aurons ainsi sous les yeux les trois modes d'assistance des aliénés indigents. Pour l'asile de Pontorson, nous avons eu un scrupule. Pontorson est un chef-lieu de canton de l'arrondissement d'Avranches, département de la Manche, et nous serons en Normandie. Mais notre Secrétaire général m'a fait observer que l'asile de Pontorson est sur la rive gauche du Couesnon, qui formait la limite de la Normandie et de la Bretagne.

L'asile de Pontorson serait donc un asile breton, dans la région de Rennes. Et puis on sait que :

Le Couesnon dans sa folie
Mit le Mont en Normandie.

Nous avons bien le droit d'aller voir la folie du Couesnon.

Monsieur L'Inspecteur général,

J'avais été averti officiellement par M. le Ministre de l'Intérieur que vous étiez chargé de représenter ici le Ministre. Nous sommes très sensibles à la marque d'intérêt que nous donne M. le Ministre, et vous voudrez bien, lorsque vous rendrez compte de nos travaux, lui exprimer toute notre gratitude.

Vous venez, Monsieur l'Inspecteur général, de m'adresser des éloges qui me rendent un peu confus. Permettez-moi de vous dire combien nous sommes heureux du choix fait par M. le Ministre pour le représenter. Vous êtes venu pour la première fois à notre Congrès, il y a douze ans, et vous y êtes venu en médecin. Vous n'assistez pas seulement à nos séances d'apparat; vous prenez part à nos discussions, vous êtes un membre actif du Congrès, et nous retrouvons toujours le confrère à côté du représentant officiel du Gouvernement.

J'ai eu le plaisir d'apprendre que M. le docteur Crocq avait été désigné par le Gouvernement belge pour représenter son pays à ce Congrès. Nous sommes très flattés de voir la Belgique s'intéresser à nos Congrès, et on ne pouvait pas nous envoyer un confrère plus sympathique que le très distingué Secrétaire général du Congrès de Bruxelles.

J'ai à remercier M. Perrin de la Touche, Directeur de l'École de Médecine, qui a collaboré à l'organisation du Congrès et a mis à notre disposition les instruments de demonstration qui pouvaient être nécessaires pour les communications annoncées.

L'installation des nouveaux locaux de l'École de Médecine n'étant pas terminée, M. Moreau, doyen de la Faculté des sciences, a mis, avec l'autorisation de M. le Recteur, à la disposition du Congrès, des salles parfaitement aménagées pour nos séances de travail. Que ces Messieurs reçoivent tous nos remerciements.

J'ai encore à remercier MM. les Magistrats qui sont chargés par M. le premier Président de nous faire les honneurs du Palais de Justice de Rennes, si intéressant à visiter, et qui sont venus assister à notre séance. Nous sommes fort sensibles à leur démarche, et nous les prions d'être nos interprètes auprès de M. le premier Président.

Les maladies mentales et nerveuses mettent fréquemment ceux qui en sont atteints aux prises avec la justice, soit devant la juridiction civile, soit devant la juridiction criminelle. De là, de nombreuses exper-

tises ordonnées par les magistrats. Il y aurait matière à de longues discussions si l'on voulait examiner toutes les questions que l'on peut rencontrer dans les expertises médicales pour les maladies nerveuses et mentales, et je me bornerai à quelques considérations sur la responsabilité pénale.

Beaucoup de mes collègues ont dû sentir comme moi combien il était grave dans certains cas, de se prononcer sur l'état mental d'un accusé, quand la déclaration de l'expert peut entraîner une condamnation sévère, parfois la peine de mort. Je n'ai jamais senti cette impression plus vivement que dans une affaire qui remonte aujourd'hui à un peu plus de vingt ans. Il s'agissait d'un homme, habitant un petit village des environs de Commercy. Cet homme était parti un matin avec sa femme, tous deux se dirigèrent vers un bois voisin, et ils n'étaient pas rentrés le soir. Le lendemain on fit des recherches, mais sans résultat. Le surlendemain une battue fut organisée, toujours sans résultat. Mais le soir de ce troisième jour, l'homme rentra seul, les vêtements en lambeaux, la figure déchirée et ensanglantée. Il raconta qu'il avait été attaqué par un individu de haute taille et de mauvaise mine qui s'était jeté sur lui. Il ajouta qu'il s'était sauvé à travers bois et que sa femme avait dû être attaquée aussi par le malfaiteur. Son récit paraissant suspect, il fut pressé de questions, et finit par entrer dans la voie des aveux. Il avait brisé le crâne de sa femme à coups de serpe, avait ouvert le corps pour voir si elle était enceinte, et avait caché le cadavre dans un ancien trou de mine. Les circonstances du crime avaient paru telles qu'on s'était demandé si le prévenu avait bien son bon sens. Le juge d'instruction le fit examiner par deux médecins de Saint-Mihiel. Ces premiers experts déclarèrent dans un très court rapport que X. a une intelligence bornée et une crédulité exagérée, mais que d'un autre côté il jouit de la plénitude de ses facultés intellectuelles, et qu'il comprend parfaitement l'énormité du crime qu'il a commis, ainsi que la responsabilité qui en est la conséquence. La Chambre des mises en accusation voyant une contradiction dans les termes de ses conclusions ordonna que le prévenu serait mis en observation à l'Asile de Fains, dont j'étais le Médecin en Chef, et me commit pour faire un rapport sur l'état mental. Après un examen prolongé, je ne constatai chez le prévenu aucun symptôme de folie, et je ne trouvai dans l'étude du dossier aucune circonstance ayant un caractère pathologique. Je rédigeai mon rapport, mais au moment où j'arrivais aux conclusions, je sentis la gravité de ma déclaration. Je déposai ma plume et je m'interrogeai moi-même une dernière fois. Ma conviction était basée sur un examen consciencieux, et dominant mon émotion, j'écrivis : X. n'est pas atteint d'aliénation mentale ; il n'a pas agi sous l'influence d'un délire passager lui enlevant momentanément la conscience et la responsabilité de ses actes.

A l'audience, je soutins les conclusions de mon rapport. L'avocat

plaida la folie transitoire, mais son système ne fut pas admis par le jury. La tête de l'accusé ne tomba pas; il fut condamné à vingt ans de travaux forcés. Quoique en théorie les délibérations du Jury dussent rester secrètes, je sus que l'avocat n'avait pas impressionné les Jurés. L'un d'eux, après la condamnation, me dit : Nous avions confiance en vous, et nous étions bien tranquilles.

C'est fort honorable pour l'expert, mais il ne faut pas qu'il se trompe.

On peut dire des expertises sur l'état mental ce qu'on a dit de certaines opérations, que rien n'est plus facile, ou que rien n'est plus difficile. Voici par exemple un cas où une expertise ne peut guère être menée plus rapidement. Je sens que je parle un peu trop de moi et j'en suis quelque peu honteux, mais j'apporte des exemples vécus. J'ai été, il y a quelques années, appelé dans un chef-lieu d'arrondissement d'un département voisin de la Seine-Inférieure. Le prévenu que j'étais chargé d'examiner à la maison d'arrêt était un étranger, sur lequel on avait trouvé quelques notes de chimie ; il avait été arrêté en état de vagabondage, et on se demandait si ce n'était pas un anarchiste; mais ses allures avaient paru étranges. Je trouvai un malheureux mélancolique, accusant très nettement des hallucinations de l'ouïe, et refusant tous les aliments. Mon premier soin fut d'obtenir de lui qu'il prît, sous mes yeux, une tasse de lait que m'apporta le gardien-chef, puis comme le diagnostic ne comportait aucun doute, j'allai, à défaut du Juge d'instruction qui n'était pas à son cabinet, trouver le Procureur de la République pour demander que le pauvre aliéné fût traité le plus promptement possible dans un asile. Je suis tout prêt à télégraphier pour demander l'admission, me répond le Procureur, mais il me faut votre rapport; installez-vous ici pour le rédiger. Quand le Juge d'instruction arriva, tout était terminé. L'expertise n'avait guère duré plus de deux heures, depuis la prestation de serment jusqu'au dépôt du rapport. Le Juge d'instruction n'avait plus qu'à signer son ordonnance de non-lieu pour clore l'affaire, et en était ravi. En pareil cas, l'expert est un peu volé : il n'a droit qu'à une vacation ; mais un médecin ne se livre pas à un calcul mesquin quand l'intérêt du prévenu est en jeu. On avait fait fausse voie en exerçant des poursuites contre un aliéné, et les magistrats ne demandaient qu'à faire cesser de suite l'erreur.

En opposition avec une situation aussi simple, je ne veux plus cette fois parler de moi, on peut présenter le cas d'un Jeanson, qui a provoqué jadis de si vives discussions à la Société Médico-psychologique. Il y a toute une catégorie d'individus qu'on ne sait comment classer. Sont-ils des aliénés? Sont-ils des criminels? Dans son livre intitulé : *Du Crime et de la Folie*, Maudsley a écrit : « Entre le crime et l'insanité, il existe une zone neutre ; sur un de ses bords on n'observe qu'un peu de folie et beaucoup de perversité ; à la limite opposée, la perversité est moindre et la folie domine. » Falret a magistralement décrit, après Morel, les nuances de la folie morale. Il montre des individus deve-

nant étranges, bizarres, d'un caractère impossible, en dehors de toutes les règles ordinaires. Ce sont, a-t-il dit, des excentriques, des originaux, des gens insociables et impossibles à soumettre aux lois communes, qui se soustraient malgré eux et par un vice de nature, à toutes les règles de la vie générale ou des convenances sociales. Ils violent ainsi toutes les lois en vertu desquelles la société humaine existe et se perpétue, et deviennent des êtres exceptionnels qui ne peuvent vivre de la vie commune. Falret continue sa description en parlant des fléaux de famille qui, jeunes, se font renvoyer de toutes les maisons d'éducation, ont des instincts vicieux et précoces, s'engagent et se font mettre aux compagnies de discipline, se font condamner par les Conseils de guerre, et mènent une existence des plus aventureuses. Parfois, après des orgies et des débauches, ils étonnent par l'éclat de leur repentir, entrent dans un couvent et se font remarquer par l'exagération de leur piété, puis rompent avec les habitudes de la vie religieuse pour reprendre une existence de scandales. « Ils parcourent ainsi la vie, ajoute Falret, au milieu des péripéties les plus variées, des incidents les plus graves et souvent les plus grotesques, côtoient constamment la police correctionnelle et la Cour d'assises, ou bien l'asile d'aliénés et ils finissent souvent par arriver à l'un ou l'autre, soit séparément soit successivement. Tantôt ils sont considérés comme des criminels, et tantôt comme des aliénés, selon les actes auxquels ils se livrent et selon les circonstances au milieu desquelles ils ont vécu. »

Cette citation de Falret montre bien les difficultés de l'expertise. Dans des cas de ce genre, les experts ont été souvent amenés à dire que la responsabilité était partielle, incomplète, atténuée ou diminuée. Parfois les Juges d'instruction eux-mêmes demandent à l'expert si la responsabilité du prévenu est entière ou limitée. La conception d'une responsabilité partielle a été vivement attaquée. Ceux qui ont protesté contre cette conception ont fait valoir que le délinquant est responsable ou ne l'est pas; il peut subir une peine plus ou moins forte, mais la condamnation est ou n'est pas. On ne peut pas sortir de ces deux termes. Ce qui paraît ne plus soulever de contestation, c'est qu'irresponsabilité et folie sont deux expressions connexes et synonymes. Du moment que le médecin a fait le diagnostic d'une forme de folie chez un prévenu ou un accusé, le problème de la responsabilité est résolu. Kraft-Ebing a traité d'absurde la théorie de la suspension du libre arbitre pour les actes seulement qui résultent de la conception délirante, tandis qu'il resterait intact pour tous ceux qui sont en dehors du cercle maladif.

J'ajouterai que le médecin ne devrait jamais sortir de son rôle de médecin. Il doit faire un diagnostic médical et ne peut pas entrer dans des considérations philosophiques qui ne sont plus de son ressort. On se heurte à des difficultés presque insurmontables lorsqu'on se trouve en présence d'individus que Maudsley classait dans sa zone neutre, ou que

Morel, suivant une expression originale, appelait des candidats à la folie. Ce ne sont pas des aliénés et ce ne sont pas des individus normaux. On admet que leur responsabilité est atténuée, ce que le Juge traduit en leur accordant des circonstances atténuantes, mais il est bien certain que cette solution n'est pas satisfaisante et que la place de ces individus n'est ni à l'asile d'aliénés ni à la prison; comme il n'existe pas d'établissement intermédiaire, un large champ de recherches reste ouvert à ceux qui se livrent à l'étude de l'anthropologie criminelle. Je n'entrerai pas dans le détail de tous les cas où l'état mental des délinquants présente des anomalies sans qu'on puisse dire que ce sont des aliénés.

Lombroso a cherché à faire des criminels une classe à part. Il les divise en deux catégories : les criminels-nés et les criminels d'occasion.

Je ne vais pas vous analyser ici les nombreux ouvrages publiés par Lombroso, quoiqu'on puisse trouver à l'occasion dans le monde, quelques personnes parlant des théories de Lombroso sans avoir lu l'*Uomo deliquente* ou sa traduction en français. Le professeur italien a recherché les équivalents du crime dans les organismes inférieurs. Dans le règne végétal il trouve les plantes carnivores qui tuent l'insecte se posant sur les feuilles. Dans le règne animal on n'a que l'embarras du choix. Les animaux se battent et se dévorent entre eux. Certaines espèces ont l'instinct du vol, et certains individus dans les animaux domestiques sont réfractaires à toute éducation. Des animaux si on passe à l'homme, on voit que la morale du sauvage est toute différente de la nôtre. Lombroso considère le développement des religions chez les peuples antiques comme un phénomène d'évolution, se rattachant à l'évolution de la morale, et arrive aux mobiles des actes délictueux chez les enfants qui obéissent à la colère, aux sentiments de vengeance, de jalousie, connaissant le mensonge, la paresse, la vanité, l'instinct de la cruauté, de l'imitation, et, dit Lombroso, « la folie morale et les tendances criminelles étant indissolublement liées, on s'explique pourquoi presque tous les grands coupables ont manifesté leurs mauvais instincts dès leur plus tendre enfance. »

Lombroso s'est appliqué à définir pour son criminel-né un type criminel, en se basant sur l'anthropométrie, les anomalies du cerveau et des viscères chez les criminels, sur la physionomie, la sensibilité, les sentiments, les passions et les mœurs des malfaiteurs. Il trouve pour ses criminels-nés les mêmes impulsions irrésistibles que chez le fou moral et chez l'épileptique. Il voit dans le criminel l'homme sauvage et en même temps l'homme malade.

Lombroso a trouvé des disciples dévoués et il a soulevé aussi de très vives critiques de son œuvre. On lui a reproché non seulement des exagérations, mais aussi le fait d'apporter des assertions erronées sans critique et sans esprit scientifique. Assurément, Lombroso s'avance peut-être beaucoup lorsqu'il se met, dans son livre intitulé, « *Les appli-*

cations de l'anthropologie criminelle, » à juger du type criminel de Sésostris, et à le classer dans les criminels-nés. Il n'est peut-être pas très logique lorsque, se montrant indulgent pour les révolutionnaires, parce qu'il ne trouve pas chez eux le type criminel, il reste impitoyable pour les individus qu'il considère comme des criminels-nés. A ses yeux le criminel-né obéit fatalement à son instinct.

On s'attend à la conclusion que c'est un irresponsable, et néanmoins Lombroso écrit : « Mais c'est pour cela aussi que moi, qui pourtant suis partisan à outrance de la peine de mort, je ne puis approuver la fusillade des communards et la pendaison des chefs de l'anarchie de Chicago. Je trouve très nécessaire de supprimer les criminels-nés, lorsqu'on voit que, nés pour le mal, ils ne peuvent faire autre chose que du mal, et que leur mort épargne ainsi beaucoup de vies d'honnêtes gens. »

Lombroso part de cette idée préconçue qu'on peut reconnaître à certains caractères anatomiques et biologiques ceux qui, fatalement, commettront un crime, théorie éminemment contestée et contestable. On ne peut pas admettre un instant qu'on puisse, comme le propose Lombroso; supprimer un individu sur de telles présomptions et nous nous écartons trop du rôle de l'expert pour nous y arrêter plus longtemps.

Que dire des doctrines philosophiques dans lesquelles le principe même de la responsabilité est contesté, où le libre arbitre est nié, où l'on enseigne que tout est déterminisme? M. le Professeur Grasset a publié récemment, dans le Journal de psychologie normale et pathologique, un mémoire fort intéressant, intitulé *le problème de la responsabilité,* et dans lequel il recherche l'influence que peuvent avoir les doctrines philosophiques sur les conclusions de l'expert. Pour M. Grasset la voie philosophique conduit à une impasse; spiritualistes et matérialistes ne peuvent pas envisager différemment le devoir social et l'obligation sociale devant la loi. Il appelle responsable au point de vue biologique et médical l'homme qui a des centres nerveux sains. « Si à cette responsabilité médicale, dit-il, les autres veulent appliquer l'objection de Bayet et dire que, même à ce point de vue, l'homme n'est pas plus responsable que l'arbre, je dirai que c'est un raisonnement antiscientifique, chez l'homme il y a des neurones psychiques dont l'activité propre intervient pour apprécier, classer et juger les mobiles et les motifs avant tout acte. » M. Grasset, qui ne veut pas se montrer spiritualiste, a une formule très ingénieuse pour maintenir le principe de la responsabilité, sans lequel l'organisation sociale actuelle serait ébranlée, et il nous conseille, en somme, de rester Médecin, en matière d'expertise judiciaire, de rechercher s'il y a intégrité des centres nerveux, sans nous laisser aller aux fluctuations des doctrines philosophiques, de rester nettement dans le domaine où nous sommes compétents.

Sommes-nous certains en Médecine légale, comme en Médecine d'ailleurs, et dans toutes les sciences, d'avoir aujourd'hui une doctrine

certaine et immuable? Bien téméraire serait celui qui oserait l'affirmer. Lorsque MM. Lacassagne, Garraud et Coutagne fondèrent les archives de l'anthropologie criminelle, ils prirent comme devise dans leur introduction cette citation de Goethe :

L'ÉCOLIER.

Je ne puis me faire à l'étude du Droit.

MÉPHISTOPHÉLÈS.

Je ne vous en veux point. Je sais ce que vaut cette science. Les lois, le droit se transmettent héréditairement comme une maladie. Elles passent de génération en génération. Elles se transportent d'un lieu à un autre. Ce qui était raison est devenu insanité, ce qui était bon est devenu mauvais. N'importe ; on vous appliquera les lois faites pour votre grand-père. Mais du droit actuel, vivant, il n'en est point question.

Cette devise était hardie, surtout de la part du professeur de Droit criminel à la Faculté de Lyon. Les Directeurs des archives d'anthropologie criminelle en évoquant ainsi Méphistophèles, se faisaient quelque peu les avocats du diable. Mais quand on songe à cette épouvantable erreur judiciaire, qui a nom : Les procès de sorcellerie, aux XVI[e] et XVII[e] siècles, erreur dont les médecins ont été les complices inconscients, peut-on reprocher à MM. Lacassagne, Garraud et Coutagne d'avoir rappelé que vérité d'autrefois a pu devenir erreur aujourd'hui? Ces histoires de sorciers et surtout de sorcières nous apparaissent maintenant comme de véritables contes de fées. Des hommes, mais de préférence des femmes, disaient s'être rendus la nuit, en traversant les airs, à une réunion, qu'on appelait le sabbat, et où l'on faisait toutes sortes de vilaines choses avec le diable. C'était un crime abominable. Les Juges instruisaient, et cherchaient les complices. Lorsque les aveux des gens arrêtés pour sorcellerie tardaient un peu, on avait recours à la torture, et on obtenait des dénonciations. Telle ou telle personne avait été au sabbat, disait le prétendu sorcier à la torture. Sur la foi de semblables dépositions on procédait à de nouvelles arrestations. Certains magistrats mettaient une véritable passion à poursuivre et à faire mettre à mort ces abominables suppôts du Diable. Tel par exemple Nicolas Rémi, qui a publié un gros ouvrage en 1595 sur les procès de sorcellerie avec condamnation à mort, en Lorraine pendant une période de quinze années. Tel encore le Conseiller de Lancre, à Bordeaux, qui a publié un volume dont le titre est bien curieux : *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons, où il est amplement traité de la sorcellerie et sorciers, livre très curieux et très utile, non seulement aux juges, mais à tous ceux qui vivent sous les lois chrestiennes, avec un discours contenant la procédure faite par les inquisiteurs d'Espagne et de Navarre à cinquante-trois magiciens apostats, juifs ou sorciers en la ville de Logrogne en Castille, le 9 novembre 1610. En laquelle on voit*

combien l'exercice de la justice en France est plus juridiquement traicté et avec plus de belles formes qu'en tous autres Empires, Royaumes, Républiques et États, par le P. de Lancre, Conseiller du Roy au Parlement de Bordeaux — Maleficos non patieris vivere.

Il y avait aussi à cette époque les loups-garous. C'étaient des gens qui avouaient avoir une peau de loup dont ils se revêtaient après s'être frottés d'une certaine graisse, puis ils allaient courir la nuit comme les loups et mangeaient les petits enfants qu'ils rencontraient. Cela assurément méritait une condamnation capitale. Les loups-garous pourtant étaient moins dangereux pour leur voisinage que les sorcières allant au sabbat. La crainte de rencontrer un loup-garou devait faire grand'peur aux petits enfants, mais le loup-garou opérant généralement seul, n'avait pas de complices à dénoncer comme ceux qui allaient au sabbat.

Cette croyance aux sorciers fut générale et longue à s'éteindre. Jean Vier lui-même, qui eut le courage de signaler que des erreurs lui paraissaient probables, de dire qu'on s'appuyait dans certains cas sur des témoignages suspects, que certaines preuves ne lui paraissaient pas pouvoir faire foi, qu'on pouvait ramener à bien certains démoniaques, Jean Vier croyait lui-même aux sorciers. Il le montre dans son livre intitulé : *Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorciers et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'i-ceux ; idem de la punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les sorciers.*

J'ai dit que les médecins avaient été les complices inconscients de l'erreur judiciaire. Ils l'étaient de deux façons. D'une part, ils ne savaient pas reconnaître le caractère délirant des aveux et des dénonciations des sorciers, et d'autre part, ils étaient chargés par les juges de rechercher les marques du Diable. Je cherche depuis longtemps comment avait pu prendre naissance cette croyance que les points d'anesthésie cutanée étaient une marque de Diable, et je n'ai pu trouver aucune indication : je me suis même adressé en vain à des théologiens. Toujours est-il qu'aux XVIe et XVIIe siècles, malheur à l'hystérique accusée d'avoir été au sabbat, si on trouvait chez elle des points d'anesthésie. Cela signifiait qu'elle s'était mise sous la puissance du Démon, que par sa marque le Diable avait voulu effacer chez elle le baptême. Un semblable forfait était passible de la peine de mort. Jamais on ne pouvait surprendre des sorciers en flagrant délit à une réunion du sabbat. Le Diable était si malin, et la police si mal faite ! et quand des experts trouvaient la marque du Diable, la preuve était établie. Les juges pouvaient alors, la conscience tranquille, « pour punition et réparation desquels crimes, condamner à une amende envers le roy, à faire réparation honorable, en chemise, tête et pieds nus, la corde au cou, par un jour de marché devant le grand portail de la principale église, tenant une torche ardente du poids de deux livres, et là, demander pardon à Dieu, au Roy et à la Justice; ce fait, être conduit en la principale place, pour être attaché à un poteau et être brûlé vif, le corps consommé en cendres

jetées au vent ». Quand les Juges étaient cléments, ils apportaient une atténuation à la peine. Le condamné était étranglé avant d'être brûlé.

Le Parlement de Normandie commettait encore des experts pour rechercher la marque du Diable en 1692, 49e année du règne de Louis XIV. Un berger avait été condamné à mort pour avoir, par maléfice et sacrilège, donné la maladie du claveau au troupeau de moutons de son voisin, et il s'agissait de savoir si sa femme était sa complice. Voici le curieux certificat que j'ai trouvé aux archives de la Seine-Inférieure :

« Nous, docteurs en Médecine du Collège des Médecins de Rouen, et chirurgien juré de la dite ville, certifions, ce jourd'hui vingt-sept Octobre mil six cent quatre vingt douze, avoir vu et visité en la chambre de la Tournelle, en exécution de l'ordonnance de M. Marette, Conseiller Commissaire, en date de ce jour, et en sa présence, Catherine Murgue, âgée de trente-sept ou trente-huit ans, pour savoir si elle avait en quelque partie de son corps, notamment sur les épaules, quelques marques que nous puissions juger être celles du démon, et après l'avoir examinée et lui avoir fait en diverses marques apparentes et autres endroits plusieurs ponctions, nous l'aurions toujours remarquée sensible à la douleur que causent ces sortes de ponctions, et ainsi n'y ayant rien d'extraordinaire, nous estimons qu'elle n'a aucune marque du démon qui soit à notre connaissance.

En foi de quoi nous avons signé le présent, le jour et an que dessus.

Signé : J NOEL, LE NOBLE, L. LEHÖÜÉ. »

Je ne veux pas continuer sur cette note sombre. L'histoire d'une erreur est toujours triste et mes paroles finiraient par détonner dans une salle de fêtes.

Nos études médicales ont pour objet de soulager l'humanité souffrante. En médecine mentale, dans nos rapports avec la justice, nous n'avons plus à apporter des charges, et nous n'aggravons pas la situation de l'accusé quand nous déclarons qu'il n'est pas aliéné. Le Juge défend la société en poursuivant le délinquant et nous avons pour rôle de mettre le malade à l'abri d'une condamnation imméritée. Ce malade nous est ensuite confié pour recevoir des soins, et nous restons dans notre rôle de soulager l'humanité souffrante. Mais avant tout nous devons rester Médecins et ne chercher que dans notre diagnostic médical la solution du problème qui nous est posé.

La séance est alors levée, et, sous la conduite de MM. les conseillers Gaspaillart et Oudin, en nombreux cortège, les congressistes se rendent de la place de la Mairie au Palais de Justice, qu'ils visitent en détail sous la conduite des magistrats délégués à cet effet.

SÉANCE DU MARDI 1ER AOUT

(SOIR)

Salle du P. C. N.

A deux heures, sur le quai de l'avenue du Mail-Dongès, dans le grand amphithéâtre réservé à la Faculté des sciences aux cours de P. C. N. des futurs étudiants en médecine, dont l'entrée se distingue par des trophées de drapeaux et une banderole au nom du Congrès, a lieu la première séance du Congrès.

Dans deux salles contiguës indiquées par des écriteaux sont aménagés des tables, des tableaux, des sièges, pour installer le secrétariat d'une part, et de l'autre les services de la presse. Des affiches fournissent à tous les indications nécessaires pour prendre part aux banquets, aux excursions; mais il est naturellement bien difficile d'obtenir que MM. les Congressistes s'inscrivent à l'avance; c'est une grande difficulté pour le secrétaire, qui doit prévenir les compagnies de chemins de fer, de bateaux, les loueurs de voitures et surtout les restaurateurs. De là certains mécomptes qui se traduisent par des indemnités qui grèvent le budget du Congrès.

BUREAU DU CONGRÈS

Présidents d'Honneur :

MM. le Dr Drouineau, Inspecteur général de l'Assistance Publique, délégué de M. le Ministre de l'Intérieur.
Rault, Préfet d'Ille-et-Vilaine.
Pinault, Sénateur, Maire de Rennes.
le Dr Crocq, délégué du gouvernement Belge.

MM. le Dr Brissaud, président de la Société de Neurologie de Paris.
le Dr Vallon, président délégué de la Société médico-psychologique de Paris.
le Dr Perrin de la Touche, directeur de l'École de médecine de Rennes.

Président :

M. le Dr A. Giraud, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Vice-présidents :

MM. le Dr Petrucci, directeur médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).
le Dr Henry Meige, de Paris.

Secrétaires des séances :

MM. le Dr Brunet, de Rouen.
le Dr Corket, de Caen.
le Dr Dide, de Rennes.

Secrétaire général :

M. le Dr Sizaret, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Méen, à Rennes.

Monsieur le Président fait part au Congrès qne M. le Premier Président Maulion, M. le Procureur Général, M. le député Brice, président du Conseil Général, M. Laronze, recteur de l'Université de Rennes, M. Louveau, professeur honoraire à l'École de médecine, se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance solennelle d'inauguration.

M. le Docteur Ladame (de Genève), qui vient de perdre son fils, s'excuse de ne pouvoir prendre part au Congrès. Les congressistes, réunis dans une même sympathie, s'associent au deuil de M. le Docteur Ladame.

MM. le Docteur Peeters, de Gheel,
le Docteur Francotte, de Liège,
le Docteur Sano, d'Anvers,
le Docteur Parhon, de Bucarest,
le Docteur Bajenow, de Moscou,
le Docteur Grasset, de Montpellier,
le Docteur Adam, de Bourg,
le Docteur Gilbert Ballet, de Paris,
le Docteur Dupré, de Paris,
le Docteur Marcel Briand, de Villejuif,
le Docteur A. Marie, de Villejuif,
le Docteur Antheaume, de Paris,
le Docteur Eug. Bernard-Leroy,
le Docteur Dupain, de Vaucluse,
le Docteur Maurice Faure, de Lamalou,
le Docteur Ph. Rey, de Marseille,
le Docteur Maupaté, de la Charité (Nièvre),
Mme la Doctoresse Lipinska, de Luxeuil,
Expriment leurs regrets de ne pouvoir assister au Congrès.

M. le Docteur Taty (de Lyon) est officiellement chargé par M. le Professeur Pierret d'excuser son absence.

M. le Docteur J. Sizaret, secrétaire général, en l'absence de M. le Docteur Girma, secrétaire général du Congrès de Pau, donne lecture du compte rendu financier du XIVe congrès (1904).

COMPTE RENDU FINANCIER DU CONGRÈS DE PAU

(XIVe Session — 1904)

RECETTES

196 cotisations à 20 fr.	3.920f »
41 cotisations à 10 fr.	410 »
Total	4.330f »
Reliquat du Congrès de Bruxelles	501 50
Total	4.831f 50

DÉPENSES

Excursions et banquets (Invitations, pourboires et frais divers)	345f 40
Employés du Palais d'Hiver, cyclistes, commissionnaires	51 95
Séance de projections au Palais d'Hiver	25 »
Sténographe	40 »
Frais de bureau, timbres, etc.	351 70
Mémoire de l'imprimeur	4.000 »
Total	4.814f 05

BALANCE

Recettes	4.831f 50
Dépenses	4.814 05
Reste comme excédant de recettes	17f 45

Situation en tenant compte du solde Masson

Recettes indiquées ci-dessus	4.831f 50
Solde créditeur Masson	2.119 40
Total des recettes	6.950f 90
Dépenses	4.814 05
Reste en recettes	2.136f 85

DE L'HYPOCONDRIE

(Étude Pathogénique et Nosologique)

PAR M. PIERRE ROY (de Paris).

RÉSUMÉ

L'histoire de l'hyponcondrie date d'Hippocrate. Les *Traités de l'Hypocondrie* ont été particulièrement nombreux en France au dix-neuvième siècle. Aujourd'hui, ce qu'il importe d'examiner ce n'est pas tant l'*historique* ni la *description clinique*, mais bien la nature et la signification nosologique de l'hypocondrie.

Réservant la question de l'*hypocondrie maladie*, l'auteur ne s'occupe que de l'*idée hypocondriaque*, base clinique indispensable du syndrome hypocondrie.

L'idée hypocondriaque est une préoccupation *exagérée* ou *sans fondement*, relative à la santé physique. Cette définition unanimement adoptée suffit à poser le problème pathogénique, encore si discuté, de l'origine psychique ou périphérique de l'hypocondrie. Ces deux doctrines adverses, qui ne font du reste que ressusciter une vieille querelle, ont été respectivement défendues dans ces dernières années par M. Dubois (de Berne) et par M. Head (de Londres).

Pour le premier de ces auteurs, les formes légères de l'hypocondrie font partie du bloc des psycho-névroses, maladies sans lésions, sans localisations périphériques organiques, purement mentales ou morales; et par conséquent le seul traitement que l'on puisse opposer aux souffrances des hypocondriaques tient tout entier dans la maxime de Sénèque : « On n'est malheureux qu'autant qu'on le croit ». Pour le médecin anglais, au contraire, la dépression, l'exaltation psychique, l'état d'inquiétude, les hallucinations, etc., etc., observées au cours d'affections purement viscérales, ne sont nullement des états intellectuels, mais tradui-

sent des modifications organiques périphériques, rendues sensibles par des troubles objectifs de la sensibilité, par une *douleur viscérale réfléchie* (type de douleur des organes malades, transmises aux centres nerveux par le sympathique et réfléchie ensuite dans les régions de la paroi correspondant à ces organes malades).

Voici, du reste, comme M. Head tente de synthétiser ses observations en une conception générale de la vie viscérale :

Normalement, la vie viscérale est en dehors de la conscience. Parfois elle peut causer quelque altération de notre ton affectif ; mais nous restons ignorants de la provenance de cette altération et des activités physiques qui lui donnèrent naissance. Par contre, dès que la douleur viscérale réfléchie apparaît, le changement est complet ; les sensations produites par l'activité anormale des viscères se passent dans la conscience, usurpant le champ central de l'attention. En effet, le traumatisme d'un membre, une brûlure, occupent bien aussi l'attention, mais n'apportent rien avec eux ; si la conscience est troublée, elle l'est seulement par la douleur. Au contraire, la douleur viscérale réfléchie entraîne à sa suite toutes ces images et dispositions qui, normalement, restaient au bord ou tout à fait en dehors de la conscience, et qui remontent désormais à sa surface.

Au total, et se basant sur tout ce qui précède, on peut dire que, dans la genèse des idées hypocondriaques, M. Head attribue au grand sypathique toute l'importance que M. Dubois veut réserver au cerveau.

Sans doute, dans les travaux de ces auteurs la question de l'hypocondrie n'est abordée que d'une manière accessoire. Le professeur de Berne ne parle, en effet, que des formes les plus légères de l'hypocondrie ; quant au médecin de Londres, il spécifie très nettement avoir éliminé tout malade ayant été aliéné. Or, pour étudier la pathogénie d'un trouble mental, il ne faut pas en choisir les formes les plus graves et les plus avancées ; c'est en recherchant avec soin le développement des simples préoccupations hypocondriaques chez des sujets normaux ou presque normaux qu'on peut espérer en saisir l'origine.

Du reste, les deux doctrines en apparence contradictoires, de M. Dubois et de M. Head ne sont pas en réalité irréductibles. Tous les documents anatomiques, cliniques ou thérapeutiques

accumulés de part et d'autre, toutes les expériences psycho-physiologiques, concordent pour démontrer l'égale nécessité des deux facteurs, psychique et viscéral, dans la genèse de l'idée hypocondriaque. En un mot, pour que naisse l'idée hypocondriaque, il faut : 1° un *tempérament hypocondriaque*, c'est-à-dire une aptitude plus souvent héréditaire qu'acquise, une tendance constitutionnelle spéciale, qui porte le sujet à délirer ou tout au moins à versèr dans le sens hypocondriaque ; 2° des *troubles cénesthésiques*, c'est-à-dire, dans la majorité des cas, des troubles de la sensibilité générale, avec ou sans lésions du grand sympathique, mais relevant toujours du domaine de ce nerf, la cénesthésie n'étant à proprement parler que la conscience végétative ou splanchnique, la « conscience du grand sympathique ». A la vérité, ces troubles nécessaires, ordinairement acquis et accidentels, et toujours périphériques, de la cénesthésie peuvent rester méconnus ; mais il faut se rappeler que nos moyens de diagnostic clinique sont bien grossiers pour préciser la réalité de quelque léger trouble gastro-intestinal et que notre technique histo-pathologique commence à peine à nous permettre de reconnaître les altérations du grand sympathique. Si bien qu'on peut parfaitement concevoir qu'un hypocondriaque présente des lésions organiques périphériques assez délicates pour rester méconnues pendant sa vie aussi bien qu'après sa mort.

Pour réaliser un état hypocondriaque, l'intervention de deux fecteurs, l'un psychique et l'autre cénesthésique, est donc nécessaire. Jusqu'ici tout le monde admettait bien la réalité de chacun d'eux dans tel ou tel cas ; mais tout le monde les séparait, les opposait, les jugeait incompatibles. C'est ainsi que, tout récemment encore, M. le professeur Wolenberg (de Tubingue) distinguait une hypocondrie constitutionnelle et une hypocondrie accidentelle.

Le type de l'hypocondrie constitutionnelle d'après M. Wollenberg, c'est celle qui survient de bonne heure, chez des excentriques ou des déséquilibrés de la vie émotive, intellectuelle ou volontaire ; sur ce fond dégénératif, l'apparition des états hypocondriaques ne reconnaît pas de moment étiologique bien caractérisé : un sujet se sent atteint tour à tour de phtisie, d'une affection de la moelle, d'anémie, etc. ; il épuise la série de toutes les maladies connues, examine ses yeux, sa langue, ses selles, se soumet à des régimes

sévères ; mais les troubles pour lesquels il ne cesse de consulter médecins et charlatans restent infiniment variés et changeants. Il s'agit là d'un état morbide exclusivement chronique, pouvant évoluer, il est vrai, avec des rémissions et des exacerbations ; mais jamais le patient ne cessera de penser d'une manière hypocondriaque. »

Au contraire, dans l'hypocondrie accidentelle, on peut déceler, toujours d'après M. Wollenberg, des moments étiologiques suffisamment nets. Tantôt ce sont des causes d'épuisement physique ou moral qu'il convient d'incriminer : maladies chroniques de l'appareil digestif ou sexuel, du cœur, des reins ou des poumons, chlorose, bradytrophies, etc. ; le surmenage, travail intellectuel ou physique non interrompu, l'onanisme, les émotions dépressives agissent de la même façon, en provoquant un état d'épuisement sur lequel viennent se développer les manifestations hypocondriaques. Tantôt ce sont des troubles de la cénesthésie, qui fournissent directement les matériaux aux sensations et représentations hypocondriaques, se traduisant, en clinique, sous des formes aussi variées que peuvent l'être ces diverses sensations. L'hypocondrie accidentelle correspond assez bien à ce que l'on appelle, en clinique, l'hypocondrie neurasthénique, à évolution ordinairement subaiguë, et susceptible de guérison dans les cas où la prédisposition psycho-névropathique est minime et où les troubles neurasthéniques peuvent être l'objet d'un traitement spécial efficace.

Cette distinction conforme à l'observation clinique est légitime, mais le professeur de Tubingue a pris soin de déclarer qu'aucune frontière nettement limitée ne sépare ces deux variétés de syndrome hypocondriaque. Dans la plus constitutionnelle des hypocondries on peut trouver, en effet, des moments étiologiques semblables à ceux de l'hypocondrie accidentelle ; de même, il n'est guère d'hypocondriaque, aussi accidentel soit-il, qui n'ait présenté quelque signe d'une prédisposition nullement différente de celle qu'on trouve à la base de l'hypocondrie constitutionnelle. Malgré le bien-fondé de cette distinction entre l'hypocondrie constitutionnelle et l'hypocondrie accidentelle, il importe donc de spécifier, au point de vue pathogénique qui nous occupe, que le qualificatif désignant chacune des formes indique seulement la prédominance de l'un des deux facteurs, constitutionnel ou acci-

dentel, mais non pas l'exclusion de l'autre. Il y a des formes d'hypocondrie où prédominent manifestement les troubles de la cénesthésie ; il y en a, au contraire, où le tempérament hypocondriaque occupe toute la scène morbide. Dans l'un et l'autre cas, cependant, le facteur psychique constitutionnel ou le facteur viscéral accidentel n'est pas seul en cause ; ces deux éléments ne s'excluent pas, ils coexistent, ils s'opposent seulement en ce sens que leur importance relative s'exerce en raison inverse l'une de l'autre : chez un débile manifestement prédisposé, des troubles cénesthésiques minimes suffiront à déterminer les conceptions hypocondriaques; au contraire, des troubles viscéraux assez accentués pourront faire naître des préoccupations hypocondriaques dans un cerveau presque valide ; mais, de même qu'il n'y a pas d'hypocondrie purement intellectuelle, exclusivement idéogène, il n'y a pas non plus d'hypocondrie purement symptomatique d'une lésion organique, qui puisse se développer dans un cerveau absolument sain.

C'est donc avec raison que M. Dubois insiste sur le rôle tout-puissant du psychisme dans la formation de toute une classe de préoccupations hypocondriaques. Peut-être, cependant, ce même auteur a-t-il tort de négliger de parti pris la recherche des symptômes organiques périphériques, parce que, dit-il, « les constater, c'est les faire naître ».

A bon droit également, M. Head a marqué l'importance, au cours des affections viscérales, des modifications de la sensibilité pariétale, qui donnent une forme objective à des douleurs internes, les transportent dans le champ de la claire conscience et provoquent ainsi de légères modifications de l'humeur (état de dépression, de mal-être, d'inquiétude) chez des sujets dont la prédisposition psycho-névropathique n'est nullement apparente. Mais c'est certainement à tort qu'un continuateur du médecin de Londres, M. Dary B. Gamble (de Baltimore), a soutenu qu'une grande partie des aliénés souffraient d'affections viscérales responsables de leurs troubles mentaux.

Ainsi, les deux protagonistes contemporains, qu'un peu arbitrairement nous avons choisis pour représenter l'une et l'autre des vieilles doctrines pathogéniques de l'hypocondrie. peuvent s'accorder s'ils veulent bien abdiquer les quelques conclusions exces-

sives auxquelles les entraîne la défense d'opinions également justifiées.

Arrivé à la fin de cette étude pathogénique de l'hypocondrie, il y a lieu de faire remarquer que la prédominance de l'un des éléments, psychique ou cénesthésique, peut expliquer le succès ou l'insuccès de la thérapeutique surtout morale ou surtout physique, mais n'exclut jamais l'indispensable collaboration de l'autre facteur pathogénique.

Ceci posé, je rappellerai, au point de vue nosologique, dont il me reste à dire un mot, que les deux facteurs, nécessaires et suffisants, du développement de l'idée hypocondriaque peuvent se rencontrer dans les affections les plus variées, et que, dans presque toutes les maladies mentales, leur coexistence peut provoquer l'apparition d'un état hypocondriaque.

J'ajouterai, en outre, que depuis l'avènement de la neurasthénie, la grande majorité des auteurs sont d'accord pour nier l'existence de l'hypocondrie en tant qu'affection distincte et autonome dont la spécificité serait justifiée par quelque caractère évolutif ou étiologique. Il n'y a donc que des états hypocondriaques *symptomatiques*, qui peuvent s'observer au cours de toutes les affections où se rencontre une constitution psychique spéciale, capable d'interpréter des troubles de cénesthésie.

Les différents aspects cliniques des états hypocondriaques s'expliquent par la prédominance de l'élément psychique ou de l'élément cénesthésique dans les diverses affections dont ces états sont symptomatiques : démence et surtout paralysie générale, débilité mentale, épilepsie, toxi-infections, psychopathies constitutionnelles, paranoïaques ou intermittentes, neurasthénie.

Ainsi, tous les états hypocondriaques sont symptomatiques de quelque affection déterminée. Le diagnostic de cette dernière sera plus ou moins difficile à établir ; mais toujours il faudra le rechercher avec soin, puisque seul ce diagnostic étiologique permettra, s'il y a lieu, de poser des indications thérapeutiques.

En terminant, qu'il me soit permis d'ajouter que si, dans tout le cours de ce rapport, je n'ai étudié que les idées hypocondriaques proprement dites, en laissant de côté les idées de négation — bien que celles-ci ne soient à vrai dire qu'une simple exagération des premières — c'est qu'il m'a semblé que les conditions mêmes dans

lesquelles s'observe le délire des négations, chez des malades toujours très affaiblis (déments, paralytiques généraux), en rendaient l'étude peu favorable à la solution du problème pathogénique de l'hypocondrie.

Au rapport sur l'hypocondrie de M. Pierre Roy est annexée une étude en collaboration avec M. Juquelier, concernant la *Médecine légale de l'hypocondrie.*

Les auteurs ont éliminé les cas où les idées hypocondriaques, bien que réelles, n'ont pas engendré directement la réaction médico-légale (neurasthéniques, hypocondriaques, kleptomanes).

Le *suicide* figure au premier rang des réactions hypocondriaques; persuadés de ne jamais guérir et persuadés quelquefois même que la mort ne mettra pas spontanément un terme à leurs souffrances, les malades recourent au suicide et leurs tentatives sont assez fréquemment couronnées de succès. C'est à tort que l'on a voulu opposer au mélancolique qui souhaite la mort et se tue, l'hypocondriaque qui craint la mort et ne se tue pas. Toutefois, la division de Legrand du Saulle en hypocondriaques craignant la mort (*malades qui se soignent*, neurasthéniques, nosophobes, et tanatophobes) et en hypocondriaques craignant la douleur (*malades qui se tuent*, mélancoliques, hypocondriaques avec idées d'incurabilité), reste pratiquement valable. L'apparition d'un état anxieux peut parfois expliquer la soudaineté d'un suicide tout à fait inattendu. Le problème médico-légal le plus fréquemment soulevé par le suicide hypocondriaque consiste à reconnaître si ce suicide peut être considéré comme *volontaire*, et dégager en ce cas une compagnie d'assurances sur la vie de toutes obligations envers les héritiers de son client. Il n'y a pas de règle fixe et tous les cas doivent être examinés soigneusement. Mais quand des deux éléments qui créent l'hypocondrie, l'élément psychique, *constitutionnel*, a une importance capitale et a donné lieu à des préoccupations hors de proportions avec les troubles cénesthésiques *accidentels*, il est permis de conclure que la mort n'a pas été volontaire.

L'*automutilation* des hypocondriaques diffère du suicide, ou même de la tentative de suicide, par ce fait qu'elle est pratiquée par le malade dans un but de défense.

Les *hypocondriaques homicides* sont, pour le petit nombre, des

mélancoliques, et pour la majorité, des persécutés. Chez les mélancoliques, il s'agit, le plus souvent, d'homicide-suicide (suicide à deux, suicide collectif), dû à ce que l'hypocondriaque croit les siens perdus en même temps que lui. Il existe une forme hypocondriaque du délire de persécution, qui peut entraîner des réactions dangereuses, en particulier l'homicide, lequel présente alors les mêmes caractères que l'homicide des persécutés persécuteurs. Les hypocondriaques homicides sont surtout les persécuteurs des médecins, qu'ils accusent de les avoir mal soignés ou d'être la cause de leur infirmité (atrophie testiculaire à la suite des interventions chirurgicales pour varicocèle, etc.). Les préoccupations génitales peuvent encore entraîner fréquemment l'homicide hypocondriaque : le malade accuse une femme de lui avoir pris sa virilité, de l'avoir pourri, de lui avoir communiqué une maladie vénérienne, etc. Dans tous ces cas, on se souviendra que, plus l'élément psychique et constitutionnel aura d'importance, plus la responsabilité de l'inculpé sera diminuée. De même qu'il peut tuer, l'hypocondriaque peut aussi *incendier*, et pour des motifs à peu près semblables.

Enfin, c'est surtout dans l'*hypocondrie traumatique* qu'il importera de déterminer, par une analyse soigneuse de chaque cas, la part de la prédisposition psychique *constitutionnelle* et de circonstance *accidentelle*, en l'espèce de traumatisme physique ou moral incriminé.

Discussions et communications concernant l'hypocondrie.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — Je suis d'accord avec le rapporteur sur la question pathogénique de l'hypocondrie et j'ai déjà soutenu maintes fois que cette dernière avait sa source dans un trouble de la cénesthésie. Je crois également que le syndrome hypocondriaque ne diffère pas sensiblement, sauf en intensité, dans les névroses, dans les psycho-névroses et dans les psychoses ; et j'ai appelé notamment l'attention sur cette particularité curieuse que le plus absurde délire d'obstruction, de négation et d'inexistence d'organes des aliénés (type Cotard) se retrouve à l'état rudimen-

taire dans la simple nosophobie des neurasthéniques. Entre ceux-ci et ceux-là, il n'existe réellement qu'une différence de degré ; parfois même, les expressions par lesquelles ces deux catégories de malades traduisent cette « négation hypocondriaque » sont absolument identiques.

En ce qui concerne les troubles de la sensibilité viscérale chez les hypocondriaques, il faut reconnaître qu'ils sont très difficiles à constater expérimentalement ; certains faits cependant peuvent contribuer à établir leur existence. Telles sont, par exemple, les interventions violentes, brutales, exercées par certains de ces sujets au niveau de leur tube digestif, en particulier de leur rectum, sans qu'ils manifestent la moindre douleur.

L'absence de réactions motrices réflexes, que l'on remarque chez beaucoup de négateurs lors du passage de la sonde destinée à leur alimentation, semble également prouver que les sensibilités pharyngienne et œsophagienne ont disparu.

Je ferai observer enfin, qu'à côté de l'hypocondrie physique visée uniquement par M. Roy, il faut faire une place à l'hypocondrie psychique : il n'y a pas d'autre mot, en effet, pour caractériser les préoccupations maladives qui portent non plus sur les fonctions corporelles, mais sur les facultés intellectuelles, et qui se traduisent par des sensations anormales relatives à l'élaboration de la pensée, aux phénomènes de mémoire, de conscience, etc., etc. Cette hypocondrie morale peut coexister avec l'hypocondrie physique, dont elle ne diffère ni au point de vue nosologique ni au point de vue pathogénique, mais elle peut aussi se montrer prédominante, ou même exister seule, en particulier chez certains neurasthéniques pessimistes.

M. BRISSAUD (de Paris). — L'avènement de la neurasthénie a causé un grand préjudice à l'hypocondrie ; cependant la neurasthénie, qu'on qualifie volontiers de névrose, n'est, dans bien des cas, qu'une psychose.

On accorde, à mon avis, trop d'importance aux représentations topographiques des troubles de la sensibilité figurées par Head ; pour ma part, je les ai trouvées bien souvent en défaut.

En matière de neurasthénie ou d'hypocondrie, nous sommes exposés tous les jours à commettre des erreurs.

Exemple : un malade de mon service se plaignait de douleurs

dans la région de l'estomac et de l'hypocondre droit. Tous les examens, tous les interrogatoires, toutes les analyses, demeurèrent sans résultat. Sorti de l'Hôtel-Dieu, ce malade fut soigné dans le service de M. Hayem, qui arriva à la même conclusion que nous : préoccupations hypocondriaques. Or, ce même malade est revenu il y a trois semaines dans mon service, et cette fois il a eu des hémathèses abondantes. On l'a opéré, on a trouvé une petite ulcération de l'estomac. Et cependant, il n'avait jamais présenté aucun des signes de l'ulcère gastrique. Il était bien, à n'en pas douter, l'hypocondriaque que nous pensions : la preuve en est que tous les traitements, quels qu'ils soient, y compris le radium, lui procuraient toujours un soulagement plus ou moins durable ; mais ce même hypocondriaque était bien aussi un *organique*.

Ce fait, parmi tant d'autres, montre combien il est difficile d'établir la part qui revient aux phénomènes purement mentaux. Et je suis conduit à supposer que l'hypocondrie n'est que la représentation corticale d'une foule de manifestations symptomatiques qui ont très souvent une origine réelle. Je me demande même si ce n'est pas toujours la faillite plus ou moins complète d'un de nos organes qui provoque les états hypocondriaques, ou neurasthéniques, — car en vérité il est presque impossible de séparer la neurasthénie de l'hypocondrie. Ce qui me paraît dominer dans cet état mental, c'est le *manque de sécurité* de l'individu. La sécurité est une sorte de fonction générale correspondant à la bonne exécution de nos différentes fonctions ; si l'une de ces dernières vient à être troublée, le sujet perd la sécurité ; il est préoccupé, inquiet ; il est neurasthénique, il est hypocondriaque.

M. E. DESCHAMPS (de Rennes). — Les fonctions de la vie végétative sont inconscientes à l'état normal, elles n'ont pas d'appareils de sensibilité propre. Quand elles sont troublées audelà de certaines limites, elles nous le font savoir au moyen des fonctions de la vie animale, soit directement, soit indirectement, en empruntant les voies réflexes par lesquelles elles y sont reliées.

De sorte qu'en dernière analyse les anomalies de la vie végétative sont extériorisées par des manifestations sensorielles psychiques, motrices ou sensibles, connues ou plus ou moins faciles à interpréter.

Ces troubles de la vie végétative se rattachent tous à deux catégories : les uns sont causés par des modifications anatomiques de ses organes, les autres par des altérations plasmatiques, par rétention des déchets normaux ou anormaux de la nutrition.

Ce sont en partie ces derniers que l'on a dénommés *névroses* et divisés, selon leur intensité et leur localisation, en hystérie, neurasthénie, hypocondrie, etc.

En réalité, aucun de ces états ne saurait constituer, à lui seul, une entité morbide. Ils sont la synthèse de lésions polynévritiques différemment associées des zones psychiques, sensibles, sensorielles et motrices.

Tous ces états sont à l'intoxication alimentaire chronique, ce que l'ivresse est à l'intoxication éthylique aiguë, et comme elle, ils peuvent se compliquer de lésions plus ou moins durables. En sorte que la répétition ou la continuité des altérations des zones intéressées finiront par déterminer la permanence des symptômes.

Cette conception pathogénique des névroses prend, en thérapeutique, une importance considérable, et elle y trouve même sa démonstration.

C'est par la cure de désintoxication complète que l'on obtient la guérison, lorsque l'intensité des lésions dont je viens de parler ne l'ont pas rendue impossible ; mais, par cure de désintoxication complète, j'entends que l'on s'adresse simultanément à tout ce qui concourt au processus définitif de la nutrition : régime alimentaire, fonction circulatoire, fonction gastro-intestinale, etc.

Dans les cas légers, même, on pourra encore obtenir de bons résultats en ne s'adressant qu'à l'un ou l'autre de ces éléments,

Le traitement moral ne peut jamais amener la guérison au sens vrai du mot ; il peut modifier l'interprétation des symptômes et la ramener à des dimensions plus conformes, mais il laisse persister la cause initiale. C'est par un phénomène du même ordre que ces malades se transforment spontanément ou sous les plus légères influences et qu'après s'être crus guéris, ils se voient retomber dans un état souvent plus pénible qu'auparavant.

M. DENY (de Paris). — Sans méconnaître l'intérêt des travaux de M. Dubois (de Berne) et de M. Head (de Londres), j'estime que M. Roy leur a accordé dans son rapport une place beaucoup trop considérable, parce que les théories pathogéniques de l'hypocon-

drie, personnifiées aux yeux de M. Roy par ces deux auteurs, ne s'appuient en réalité ni l'une ni l'autre sur des faits ressortissants au domaine de la psychiatrie. En outre, comme vient de le faire remarquer M. Régis, ces théories ne sont que la reproduction, sous une forme à peine rajeunie, des doctrines qui, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, ont divisé les médecins sur l'origine centrale ou périphérique de l'hypocondrie. Enfin, à part quelques observations isolées, les prétendues zones de douleur viscérale réfléchie de M. Head n'ont été retrouvées jusqu'ici par aucun des auteurs qui les ont systématiquement recherchées. M. Brissaud vient de nous dire qu'il y avait échoué ; des recherches du même ordre ont été poursuivies sans plus de succès par M. Guillain pour les affections du cœur et des poumons ; par M. J.-Ch. Roux pour les maladies de l'estomac ; par M. Dupuy-Dutemps pour les affections oculaires. Chez les aliénés hypocondriaques, les mêmes laborieuses investigations de la sensibilité n'ont pas été plus heureuses.

Dans ces conditions, il est permis de s'étonner que M. Roy ait édifié de toutes pièces une théorie somatique de l'hypocondrie sur une base aussi fragile, et qu'il ait complètement sacrifié à des vues hypothétiques la vieille théorie psychique, soutenue bien avant M. Dubois par les plus illustres représentants de la psychiatrie, parmi lesquels il me suffira de rappeler les noms de Georget, des deux Falret, de Morel, de Guislain, etc. C'est cependant cette théorie psychique qui, traduite en langage physiologique, rend encore actuellement le mieux compte de la genèse des états hypocondriaques.

J'adresserai un autre reproche à M. Roy, celui d'avoir complètement banni de son rapport la notion de l'hypocondrie pour lui substituer celle de l'idée hypocondriaque, qu'il définit « une préoccupation exagérée ou sans fondement relative à la santé physique ». Cette substitution a eu pour conséquence une confusion regrettable entre deux types différents de malades : le nosophobe d'une part, l'hypocondriaque de l'autre, qui doivent être étudiés séparément, malgré les grandes analogies, qu'avec MM. Régis et Brissaud, je reconnais exister entre eux.

L'homme qui, sans être malade, examine chaque jour attentivement sa langue, ses urines ou ses matières, a certainement une

préoccupation exagérée et injustifiée de sa santé, et cependant cet homme n'est pas, à proprement parler, un hypocondriaque, c'est un nosophobe, un phobique, un simple neurasthénique.

L'hypocondriaque n'a pas seulement la crainte, la peur de la maladie ; il croit, il affirme qu'il est malade, et cela parce qu'il se *sent* malade. Cette sensation ou représentation fausse de maladie qui constitue l'élément fondamental de l'hypocondrie ne peut s'expliquer que par une perturbation des centres corticaux où sont déposées les images de sensations internes ou organiques auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle et qui sont généralement réunies et confondues sous le nom de cénesthésie. Or, comme ces sensations internes ne proviennent pas uniquement de nos viscères, qu'à côté des sensations viscérales transmises par le pneumogastrique ou le sympathique, il en existe un grand nombre d'autres ayant pour point de départ les muscles, les articulations, les os, etc., qui parviennent au cortex par les autres nerfs centripètes, M. Roy a eu tort de dire que la cénesthésie est la *conscience* ou la *subconscience du sympathique*. Il faut admettre avec M. Grasset que la cénesthésie est la « conscience du moi physique » et qu'elle comprend toutes les sensations endogènes que nous avons de notre corps et de nos organes, en un mot, qu'elle est la *conscience du corps*, la *somatopsychè* des auteurs allemands.

La conception de la cénesthésie défendue par M. Roy est donc trop étroite ; elle est, en outre, incomplète, parce que le rapporteur n'a envisagé que la cénesthésie périphérique ou viscérale, en laissant complètement de côté la cénesthésie centrale ou cérébrale dont l'existence a été démontrée par les expériences et les travaux de Hitzig, de Munk, de Danilewski, de Fr. Frank, de Bechterew, les recherches anatomiques de Flechsig, les études psycho-physiologiques de Wernicke, Sollier, Luciani, Tamburini, Pierre Bonnier, etc. Or, c'est avant tout à un trouble, à une perturbation fonctionnelle de cette cénesthésie cérébrale, qu'il faut rattacher les états hypocondriaques.

Dans quelques cas, il est vrai, cela peut succéder, à la longue, à une irritation périphérique incessamment renouvelée, comme celle qui résulte d'une lésion viscérale : la perception inexacte des sensations provenant de cette irritation est alors l'origine d'*illusions*

de la sensibilité organique ou viscérale, que les malades expriment en disant qu'ils ont un serpent dans le ventre, qu'un animal leur ronge le cœur, le foie, etc.

Mais le plus souvent la perturbation des centres de la cénesthésie est la conséquence de représentations mentales pénibles évoquées par des impressions sensorielles trop vives, par la mémoire, l'imagination ; ce sont ces représentations qui, actionnant alors les centres cénesthésiques, provoquent la reviviscence et la projection vers les viscères, sous forme de véritables *hallucinations* organiques, des images sensorielles de nos organes. A leur tour ces illusions et hallucinations servent de point d'appel, chez les sujets prédisposés, aux diverses modalités cliniques du délire hypocondriaque,

En résumé, je crois, avec M. Cullerre, et contrairement à l'opinion défendue par M. Roy, que les lésions des viscères n'interviennent qu'exceptionnellement et à titre accessoire, dans le développement des psychoses hypocondriaques, et que le seul facteur pathogénique de ces psychoses est une perturbation ou un ébranlement d'origine périphérique ou centrale de la cénesthésie cérébrale, en un mot une *psycho-cénesthésiopathie.* Il est superflu d'ajouter que cet ébranlement se produit d'autant plus facilement que l'état de réceptivité congénital ou acquis des centres cénesthésiques est plus développé.

En terminant, qu'il me soit permis de relever une petite erreur de séméiologie clinique commise par M. Roy : d'après lui, le délire des négations de Cotard ne s'observerait que chez des paralytiques généraux ou des déments. Accréditée autrefois par Baillarger, cette opinion est aujourd'hui abandonnée à juste titre. J'ai eu l'occasion, au cours des dernières années, d'observer un certain nombre de malades atteints du délire de négation d'organes le mieux caractérisé, dont les uns ont guéri, dont les autres, encore aujourd'hui en pleine période délirante, ont subi la ponction lombaire sans que l'examen de leur liquide céphalo-rachidien ait permis d'y constater la moindre lymphocytose. On n'est donc plus en droit actuellement de considérer le délire des négations, le délire de non-existence des organes, comme l'apanage exclusif des états démentiels.

M. Henry Meige (de Paris). — M Deny de reproche à M. Roy

faire la part trop large au grand sympathique dans la pathogénie de l'hypocondrie ; et, de son côté, M. Deny donne une place prépondérante à la représentation mentale. Sans vouloir prêcher l'éclectisme, je demande s'il n'y a pas lieu, en clinique, d'envisager la coexistence de ces deux causes. Ne sait-on pas en effet que, d'une façon générale, la même réaction peut avoir pour origine, soit une incitation périphérique (ou viscérale), soit une représentation mentale, une idée. Il est fort possible que, selon les cas, le stimulus initial soit, tantôt viscéral, tantôt cortical.

M. CULLERRE (de la Roche-sur-Yon). — Je félicite M. le Docteur Roy de la façon intéressante dont il a traité le problème de l'hypocondrie et de la solution ingénieuse qu'il en a proposée. Deux éléments entrent dans la pathogénie de l'idée hypocondriaque : un tempérament particulier, une aptitude constitutionnelle d'une part, et de l'autre un trouble cénesthésique, avec ou sans lésion du sympathique ; l'importance relative de ces deux facteurs pathogéniques associés s'exerçant en raison inverse l'un de l'autre.

Voilà la théorie. Je n'y saurais contredire et je me déclare satisfait, puisqu'elle admet implicitement que l'un des facteurs peut entrer dans la combinaison à dose aussi infinitésimale que possible. Je voudrais toutefois faire quelques remarques en ce qui touche l'application de cette théorie à la psychiatrie. J'ai observé, depuis trente ans, un nombre considérable d'aliénés hypocondriaques, et je dois avouer que bien rarement il m'est arrivé de pouvoir attribuer une importance réelle à l'élément cénesthésique ou sympathique dans l'évolution et même dans l'éclosion des délires hypocondriaques.

Je laisse de côté, bien entendu, les interprétations délirantes épisodiques et non systématisées des aliénés chroniques. Il est évident que, quand une démente vient m'annoncer qu'elle est grosse ou qu'elle a des serpents dans le ventre, je ne me refuse pas à attribuer à quelque trouble utérin ou à un péristaltisme intempestif et persistant ces conceptions délirantes, le plus souvent passagères et ne survivant pas à la cause qui les a fait naître. L'action sympathique ou cénesthésique est ici manifeste. Elle l'est déjà moins chez le paralytique général qui vient me dire qu'il est *enceinte* et qu'il va accoucher. J'essaierai même de montrer, par un court exemple, que le rôle pathogénique des troubles

de la sensibilité viscérale ou périphérique n'est rien moins que démontré dans certains cas d'hypocondrie délirante de forme anxieuse. J'ai en ce moment dans mon service un homme de 45 ans qui est, pour la seconde fois, atteint de mélancolie hypocondriaque, ayant guéri d'un premier accès il y a cinq ans. Il se tient le ventre à deux mains en gémissant bruyamment et en délirant avec abondance, malgré l'intégrité de ses organes et de leur fonctionnement physiologique : « il est perdu, il ne guérira pas, les médecins ne peuvent rien à son mal, ses intestins sont hachés en morceaux, sa vessie est pourrie ». Et si, fixant son attention un moment, on lui demande des explications sur l'origine de ce mal incurable, il répond sans trop se faire prier que tout cela lui vient des fautes qu'il a commises autrefois ; des rapports contre nature qu'il a eus avec des animaux. Explication purement psychologique qui ne paraît emprunter rien aux troubles de la cénesthésie. Bien plus, si nous lui faisons observer qu'un homme de son âge devrait être plus courageux devant la douleur, et modérer ses plaintes qui troublent ses voisins de salle, il répond en passant les mains sur son ventre, siège de ces étranges souffrances : « non, je ne puis me retenir ! Ce n'est pas un mal comme un autre ! *Ah ! certes, je pourrais me taire s'il s'agissait d'une jambe cassée* » !

Ce n'est pas un mal comme un autre ! voilà le point qui doit fixer l'attention. Les algies de certains hypocondriaques ne sont donc pas de véritables douleurs, mais une simple traduction psychologique, une simple explication concrète, d'ailleurs quelconque, commandée par un souvenir pénible, un remords, de leur état d'anxiété et d'angoisse ; c'est l'état d'anxiété qui est primitif, qui appelle l'explication psychologique, de même que dans la mélancolie simple, le délire de culpabilité et de ruine n'est que l'expression banale et quelconque de l'état de dépression et d'anxiété qui constitue le fond même de la maladie.

Remarquez encore l'étrange contradiction de ces hypocondriaques dont les souffrances, d'ailleurs indéfinissables, paraissent dépasser toute mesure et justifier les réactions extérieures les plus violentes et qui pourtant sont *anesthésiques !* Une de mes malades s'est lentement scié le cou jusqu'aux vertèbres avec une serpe ébréchée ; un autre s'est écrasé le doigt d'un coup de sabot et a achevé l'amputation d'un coup de dent, un autre s'est tailladé

la peau avec un rasoir, tout cela pour guérir. Remèdes étranges à des souffrances plus étranges encore, et cénesthésiquement irréelles !

Prenons donc garde d'attribuer au système nerveux périphérique des torts qui sont ceux de centres à réactions primitivement anormales et pathologiques. Je conclus en formulant cette opinion que dans les psychoses hypocondriaques, la prédisposition joue un rôle absolument prédominant, sinon exclusif, et que l'organe primitivement lésé est le cerveau, non le système sympathique.

M. ROY. — Si j'ai choisi les deux noms qu'on me reproche, comme représentants des deux théories pathogéniques en présence, c'est pour montrer le caractère exclusif, et outrancier de chacune de ces deux théories isolées. Si je n'ai pas décrit une forme d'hypocondrie morale, c'est que je ne puis consentir à séparer le moral du physique.

Cette même raison m'empêche aussi de me rallier à la conception purement psychique de l'hypocondrie.

Sans doute, le sympathique n'embrasse pas la cénesthésie tout entière, mais je n'ai parlé de conscience du sympathique que pour schématiser, par cette image, les sensations organiques et les opposer ainsi plus facilement à l'ensemble des sensations externes différenciées, aux perceptions sensorielles.

M. Pierre BONNIER (de Paris). (Note communiquée par M. Henri MEIGE). — Le point de départ de toute recherche sur cette question, à mon avis, doit être la donnée suivante : « *Nos viscères, dont la situation nous est inconnue à l'état normal, se localisent très nettement quand ils deviennent le siège d'un trouble douloureux. Toute douleur nous permet de localiser l'organe qui souffre* (1). » — Cette notion existait scientifiquement huit ans avant le travail de Head (1901), à qui l'attribue l'excellent rapport du docteur Roy, et qui commençait ses recherches à l'époque où j'apportais les conclusions des miennes (1893). J'ajoutais que non seulement nous localisions consciemment nos organes internes quand ils devenaient douloureux, mais que le siège même de ces sensations conscientes, à l'intérieur de notre masse cérébrale, était *localisé par une orientation psychique* opérant, comme nos

(1) *Vertige*, 1re édition, p. 39, 1893.

autres sens, par analyse topographique. Cette notion aussi a fructifié.

J'insistais dès cette époque, et j'y suis constamment revenu depuis, sur la nécessité absolue de toujours *distinguer le phénomène physiopathologique bulbaire de sa représentation consciente, cérébrale*. Le vertige, la peur, la faim, la nausée, l'oppression, etc., sont des phénomènes distincts de leur représentation corticale; et il y a, entre l'objet bulbaire et sa représentation, un état topographique physiologique et clinique qu'on ne peut méconnaître sans tomber dans la plus grande confusion. Le vertige n'est pas la sensation de vertige, l'anxiété n'est pas la sensation d'anxiété, l'affre viscérale n'est pas la sensation et encore moins la préoccupation hypocondriaque, — et inversement.

De plus, ces troubles sont des *troubles fonctionnels*, et ils doivent être étudiés comme tels; ils manifestent la perturbation, le désarroi de centres bulbaires dont l'office normal, physiologique, doit être défini, si on veut en comprendre l'égarement.

En appliquant ces données à l'étude de l'hypocondrie, je pense qu'on peut la définir assez nettement.

J'ai montré, en 1895, à propos du mécanisme des *phobies* en général et des auriculaires en particulier (1), que non seulement nos organes internes se révélaient topographiquement à notre conscience quand ils devenaient douloureux, mais que tous pouvaient provoquer la *réaction anxieuse*, et que nous avions ainsi des affres viscérales nombreuses, comme l'affre hémorroïdaire, l'affre de la défécation, de l'accouchement, l'affre vésicale, l'affre des coliques intestinales, hépatiques, néphrétiques, gastriques, l'affre cardiaque, l'affre de l'oppression respiratoire, celle de l'asthme, l'affre pharyngée, gutturale, et jusqu'à l'affre la plus élevée, celle de l'anxiété paroxystique de Brissaud. La fatigue musculaire la provoque également. Cette réaction des colonnes grises postérieures s'accompagne des nombreuses irradiations bulbaires de l'anxiété, et peut, à des degrés qui varient selon les susceptibilités individuelles, provoquer la sensation anxieuse. Inversement, l'émotion appréhension, la peur d'origine cérébrale, psychique, pourront éveiller toutes les réactions bulbaires, puis

(1) Phobies auriculaires. *Revues d'hypnologie*, novembre 1895.

viscérales, de l'anxiété. J'ai nommé depuis *euthymiques* [1] les centres qui président à ces mille satisfactions physiologiques dont est fait notre équilibre organique et qui permettent à notre mentalité de s'élever à un étage supérieur. Ils peuvent perdre cet équilibre dans le sens du plaisir, de la volupté, comme aussi dans le sens de la gêne, de l'affre et de l'anxiété. Toute la pathologie mentale nous offre les reflets conscients, précipités en systématisations cliniques, de ces oscillations de l'euthymie.

Dans le sens pénible, nous observons tous les degrés, depuis l'inquiétude physiologique la plus vague, jusqu'à la réaction anxieuse la plus vive. Il y a non seulement *hyperschématie* de tel organe, de tel groupe fonctionnel, mais à mesure que l'organe se dessine dans notre conscience, à mesure que sa place grandit dans notre voie organique, il devient plus gênant, il obsède, il inquiète, il préoccupe.

Ce que j'écrivais de la phobie vertigineuse peut s'appliquer à toute les hypocondries.

« Ces états (physio-pathologiques), ces troubles, ces besoins peuvent au contraire solliciter notre conscience et notre attention d'une façon très instante et faire naître d'obsédantes préoccupations. C'est ce qui arrive pour beaucoup d'hypocondries spéciales, et c'est ce qui s'associe fatalement à l'observation intime de nos fonctions organiques.

« Enfin certains d'entre ces états nerveux subjectifs peuvent non seulement s'imposer d'une façon obsédante à notre attention, mais ils peuvent affecter une systématisation maladive, et éblouir, en quelque sorte, le champ de notre conscience par l'intensité de leurs manifestations.

« Un homme aura du vertige par suite d'une insuffisance labyrinthique d'origine quelconque; il aura conscience de sa susceptibilité plus ou moins vive au vertige, laquelle susceptibilité ne sera guère qu'une excitabilité anormale des noyaux ampullaires de la protubérance. Cette susceptibilité pourra lui devenir extrêmement pénible sans engendrer de phobie; mais s'il est tant soit peu déséquilibré, à cette susceptibilité s'en joindra une autre, son vertige l'obsèdera et pourra provoquer peu à peu l'irritabilité des

(1) Schéma bulbaire. *Congrès de Pau*, 1904.

centres corticaux où il a son image consciente. De même que le vertige « tenait trop de place » dans son bulbe, de même la sensation du vertige tiendra trop de place dans sa corticalité ; et il suffira à ce malade de penser à son vertige, d'en entendre parler, pour l'éprouver immédiatement. Il en est ainsi pour la nausée, l'oppression, la faim, la soif, le dégoût, la colère, etc. »

Il y a donc deux étages de susceptibilité à considérer dans l'étude de l'hypocondrie : l'étage bulbaire et l'étage cérébral. Tout le monde n'est pas chatouilleux et tout le monde ne fait pas non plus un tic à l'occasion d'un chatouillement. Tel homme présentera les réactions les plus extrêmes de la peur qui ne deviendra jamais un phobique. Tel autre se prendra d'obsession hypocondriaque, chez qui la clinique aura grand'peine à déceler le plus petit trouble interne.

Le bulbe peut avoir, dans tel de ses noyaux, une excitabilité anormale, dans un sens ou dans l'autre, et l'on peut avoir plus ou moins l'angoisse, la faim, le vertige, l'oppression, comme on peut avoir la crise inverse. C'est de ces diverses susceptibilités qu'est fait notre caractère bulbaire, comme notre caractère cérébral est défini par la composition de susceptibilités d'étage inférieur. Je prouverais donc que, de même qu'au-dessus du vertige, de la soif, de l'anxiété, de l'oppression, il y a les sensations, vertigineuse, anxieuse, etc., la représentation et la spéculation corticale au-dessus de l'état physiopathologique bulbaire ; de même nous pouvons considérer l'*état hypocondriaque* constitué par la susceptibilité à l'affre bulbaire, à l'occasion de tel trouble interne plus ou moins important, et la sensation, la spéculation de cet état, l'idée, *hypocondriaque*, régnant à l'étage supérieur. Mais on ne peut pas plus dire qu'il n'y a pas d'hypocondrie mais seulement une idée hypocondriaque, qu'on ne peut dire qu'il n'y a pas vertige, mais sensation vertigineuse, qu'il n'y a pas anxiété, mais sensation anxieuse.

De même que nos centres bulbaires peuvent « s'emballer » momentanément ou même prendre tel pli pathologique plus ou moins durable, comme dans l'épilepsie symptomatique ou essentielle, le vertige, l'asthme, la migraine, l'anxiété symptomatiques ou essentiels, de même nos centres cérébraux pourront se prendre dans leur fonctionnement, s'empêtrer dans leur susceptibilité

propre, et constituer la phobie des contacts externes, l'hypocondrie consciente des contacts avec notre représentation interne, et d'autres systématisations durables. Je pense donc que l'hypocondrie existe, trouble bulbaire, susceptibilité à l'inquiétude viscérale, à l'affre même; et qu'elle se distingue soit de sa représentation cérébrale, soit de son imagination cérébrale primitive, et qu'il y a autant de danger à nier l'une au profit de l'autre qu'à les confondre entre elles.

M. Lucien PICQUÉ (de Paris). — Vous excuserez un chirurgien de prendre la parole dans une assemblée de médecins aliénistes. Si j'interviens dans le débat actuel, après les hommes éminents qui ont occupé cette tribune, c'est que j'ai eu l'occasion, comme chirurgien des asiles, d'intervenir fréquemment chez les hypocondriaques; c'est que, d'autre part, certains points du rapport si justement remarqué de M. Roy viennent éclairer singulièrement les observations que j'ai pu faire; c'est qu'enfin le distingué rapporteur a bien voulu consacrer un chapitre spécial au traitement chirurgical de l'hypocondrie et qu'il y a discuté plusieurs de mes observations.

Certes, la situation du chirurgien est délicate dans cette question; c'est pourquoi, d'ailleurs, je me suis jusqu'alors abstenu de publier toutes mes observations personnelles dans un travail d'ensemble, me contentant de les donner à mes élèves pour leurs thèses, ou de les insérer dans des études générales sur la chirurgie des aliénés. Je crois cependant le moment venu pour moi d'insister devant vous sur quelques observations personnelles publiées dans le rapport de M. Roy, et de vous montrer rapidement comme je comprends, au point de vue pratique, la question de l'intervention chirurgicale chez les hypocondriaques.

Je n'ai pas, naturellement, à prendre parti dans vos discussions doctrinales, je n'ai pas à me prononcer pour ou contre l'hypocondrie essentielle, à savoir si la distinction qu'a établie récemment dans son rapport M. le prof. Vollenberg de Tubingen, entre l'hypocondrie constitutionnelle et accidentelle, est réellement fondée, et si le prof. Régis a raison d'opposer, comme il le faisait il y a un instant, à l'hypocondrie physique une hypocondrie morale.

Mais vous me reconnaîtrez, par contre, le droit de retenir cette

définition que M. Roy donne de l'hypocondrie : « l'hypocondrie n'est qu'un délire par introspection somatique ; c'est l'interprétation, par un cerveau prédisposé à l'introspection, de troubles somatiques réels », et aussi « que tous les états hypocondriaques sont symptomatiques de quelque affection déterminée ».

Si cette formule a paru excessive à notre distingué collègue Deny, de la Salpêtrière ; si elle a paru incomplète à MM. Régis et Brissaud, il n'en est pas moins vrai que l'origine somatique de ce délire a été admise par eux dans certains cas, et je n'en veux pour preuve que la remarquable observation que nous a signalée le prof. Brissaud de ce malade, souffrant de vives douleurs d'estomac, qui fut considéré par le prof. Hayem, après un examen atttentif du chimisme stomacal, comme n'ayant aucune lésion, et qui pourtant présenta tout d'un coup une hématémèse qui nécessita une opération chirurgicale.

Si donc il n'est pas permis, selon quelques-uns d'entre vous, de rattacher tous les hypocondriaques à la formule de M. Roy, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre doivent y rentrer.

Le chirurgien est, dès lors, en droit, dans ces cas particuliers, de poser le problème de la façon suivante :

En présence d'une même lésion, deux cas peuvent se présenter :

1° Si le malade possède une mentalité normale, il peut se préoccuper de sa lésion et cette préoccupation reste légitime ;

2° Dans le cas contraire, l'analyse mentale qu'il fera de son état deviendra morbide ; il en résultera des troubles mentaux qui pourront, dès lors, le mener à l'internement.

La chirurgie, en supprimant la lésion, pourra, par voie de conséquence, mettre fin aux troubles mentaux, c'est la voie ouverte à l'espérance, mais la pratique n'est pas aussi simple que la conception théorique, et nous devons voir maintenant ce que doit faire le chirurgien devant un délire hypocondriaque d'origine somatique.

S'il ne veut pas aller à un échec, il doit, selon nous, envisager successivement la forme du délire, l'état mental du malade et la nature de la lésion.

Forme du délire. — S'il s'agit d'un délire hypocondriaque systématisé, surtout quand il revêt la forme zoopathique, le chirurgien le plus souvent doit s'abstenir ; cette interprétation absurde

des sensations éprouvées et qui caractérise ce délire, s'observe souvent dans la débilité mentale : la croyance du malade est irréductible et la suppression de la lésion n'arrive pas à modifier le délire. Je possède une observation de ce genre bien intéressante que je publierai un jour. M. Roy, dès lors, a bien fait, dans son rapport, de s'élever contre les opérations pratiquées dans ces cas. Je suis de son avis d'une façon générale, sous certaines réserves que j'indiquerai ailleurs.

Dans d'autres circonstances il s'agit, non plus d'un délire systématisé, mais d'une simple préoccupation qui pousse parfois le malade au suicide. Parmi ces préoccupations il en est de légitimes, il en est de morbides. Quelle est la limite des unes et des autres ?

J'ai publié ailleurs trois cas de préoccupations hypocondriaques chez des malades atteints, l'un de fistule stercorale, l'autre de fistule urinaire consécutive à une taille hypogastrique, l'autre de cécité.

J'ai guéri ces malades de leur hypocondrie en guérissant la fistule chez les deux premiers, en rendant la vue au troisième.

M. Roy prétend que chez ces trois malades les préoccupations étaient légitimes ; la conclusion qu'on en pourrait alors tirer, c'est que ces malades n'étaient pas des aliénés.

Je lui répondrai, par contre, que ces trois malades étaient bien réellement des aliénés, puisque tous les trois avaient été internés, après des tentatives de suicide, sur des certificats délivrés par les médecins aliénistes. Ils ont également bien guéri à la suite de l'intervention, puisqu'ils ont quitté l'asile sur des certificats de guérison.

Etat mental des malades. — Le diagnostic de l'état mental est important. Dans mon article sur le varicocèle, j'avais établi qu'il faut opérer l'hypocondriaque simple et s'abstenir chez l'hypocondriaque vésanique.

Tout en admettant que l'intervention chirurgicale peut, dans certains cas, guérir l'hypocondriaque, M. Roy pense que le psychiatre se trouve « dans l'impossibilité de fournir au chirurgien la formule invariable qui toujours le tirera d'embarras en présence de l'infinie diversité des malades ». Je pense que le rapporteur est trop modeste et qu'il pourra, dans un grand nombre de cas, comme nos collègues le font d'ailleurs journellement dans

nos asiles, nous dire si, chez tel malade, l'hypocondrie est liée à la paralysie générale, à la démence dans ses principales formes sénile, précoce ou alcoolique.

Etat local. — Reste l'étude de l'état local. Dans certains cas, les troubles viscéraux sont grossièrement symptomatiques. Le rapporteur nous cite les cas intéressants de Dupré, de Mirallée et de Vigouroux. Mais il est des cas difficiles, tel celui cité plus haut, du prof. Brissaud.

Il en est d'autres, comme le varicocèle, que j'ai étudié dans une note spéciale. Mais ce sont les cas de déplacement d'organes, comme le rein mobile ou le prolapsus utérin, qui créent au chirurgien les plus grands embarras.

Dans l'ectopie rénale, y a-t-il altération ou non du rein ? Dans le prolapsus utérin, y a-t-il des lésions concomitantes des annexes?

Dans ce dernier cas, les troubles fonctionnels sont-ils exactement en rapport avec le degré du déplacement?

Toutes questions que le chirurgien seul peut résoudre, et je puis répéter là ce que j'ai souvent dit ailleurs, c'est que la chirurgie devient une arme à double tranchant, que si elle peut guérir le délire, elle peut parfois l'aggraver.

J'ai pour ma part bien souvent refusé des interventions qui m'étaient proposées dans ces conditions alors que, d'autre part, je réclamai des interventions qui paraissaient inutiles au premier abord.

Je ne rappellerai ici que l'observation d'une femme publiée ailleurs, qui, pendant plusieurs années, cherchait en vain un chirurgien pour l'opérer d'un rein mobile ; elle finit par présenter un délire hypocondriaque qui l'amena à l'asile, et elle n'en put sortir guérie qu'à la suite de l'intervention chirurgicale que je lui pratiquai.

Donc, si dans cette chirurgie, le rôle de l'aliéniste est capital, celui du chirurgien ne l'est pas moins. Il faut parallèlement un diagnostic mental précis et un diagnostic chirurgical exact, et je pense partager l'opinion du plus grand nombre en affirmant qu'il y a erreur de croire « que chercher la lésion, c'est la créer. »

Il n'y a qu'une restriction à faire et que tous nos élèves connaissent bien aujourd'hui, c'est que dans certaines maladies comme le varicocèle et l'appendicite, il convient, selon une

expression familière, de ne pas « semer le microbe de l'obsession » chez les prédisposés hypocondriaques et les nosophobes.

Chez eux il ne convient ni de prolonger des examens inutiles, ni d'instituer des traitements superflus. Il faut les rassurer surtout ; mais bien différente doit être, comme je viens de le dire, la conduite du chirurgien chez les vrais hypocondriaques.

En résumé, l'évolution des idées qui se fait actuellement dans la pathogénie du délire hypocondriaque ouvre pour certaines formes d'entre elles une voie nouvelle à la chirurgie, mais il faut, comme je n'ai cessé de le répéter dans mes précédents travaux, une union intime entre le psychiatre et le chirurgien.

Au psychiatre revient la tâche délicate d'établir la variété du délire hypocondriaque. Au chirurgien celle de fixer la nature de la lésion et de déterminer l'importance réelle de troubles fonctionnels.

SÉANCE DU MERCREDI 2 AOUT
(MATIN)

MM. les Drs TATY ET CHAUMIER (de Lyon).

Évolution des états hypocondriaques. — Nous avons pu suivre, pendant toute la durée de l'évolution, tant dans la clientèle privée que dans le service du Professeur Pierret, dix observations d'états hypocondriaques, depuis le début jusqu'à la terminaison, soit par la mort, soit par démence, soit par guérison. Dans cette série la maladie débute à tous les âges, depuis 16 ans jusqu'à 62 ans et nous pouvons montrer ainsi le tableau symptomatique à toutes les périodes de la vie. Huit d'entre ces observations se terminent par la mort des sujets, et, dans deux cas l'autopsie a pu être faite. La septième observation est celle d'une malade, vivante encore, et âgée actuellement de 78 ans, mais qui est en démence complète et l'évolution peut être considérée comme terminée. Quant à la première, c'est celle d'un jeune homme que nous avons suivi pendant seize ans, et nous la donnons comme un des rares exemples de terminaison par guérison, sous toutes réserves pour l'avenir, naturellement. Nous tenons d'ailleurs à signaler que nous n'avons pris que des cas dans lesquels l'idée hypocondriaque n'était accompagnée d'aucun autre délire et nous laisserons parler les faits, nous bornant à en tirer des conclusions qui nous paraissent faciliter la solution des quelques points encore litigieux de la question.

§ Ier. — Formes Juvéniles

OBS. I. — *Hypocondrie juvénile. — Arthritisme, alcoolisme. — Amélioration pouvant être considérée comme une guérison. — Observation suivie seize ans. — Début de la maladie à l'âge de 16 ans.*

X... cultivateur, fils unique d'un père un peu buveur et d'une mère un peu impressionnable, a été élevé avec de très grands soins par ses

parents, qui le choyaient et le ménageaient. Cependant il a passé plusieurs années dans un collège comme interne sans y avoir été trop souvent à l'infirmerie. A l'âge de 16 ans, pendant la convalescence de sa mère qui avait été atteinte de la fièvre typhoïde, il déclara tout d'un coup qu'il devait avoir une angine de poitrine et se fit ausculter par deux médecins. Il avait lu un ouvrage de médecine populaire et la description de la maladie l'avait frappé. Il parut convaincu quand les médecins lui eurent affirmé qu'il n'avait rien, mais pendant un an ou deux il vint à plusieurs reprises se faire ausculter. Il partit au service militaire après avoir essayé vainement de se faire réformer. Au régiment, il eut de l'herpès préputialis et fit à ce propos plusieurs séjours à l'infirmerie ; il réussit même à obtenir un congé de convalescence. L'herpès avait été, du reste, rebelle et inquiétait le médecin-major. Pendant son congé il voulut absolument suivre un traitement antisyphilitique. Rentré au corps, il revint à l'infirmerie pour de nouvelles poussées et finit par se faire mettre en congé renouvelable. Rentré chez lui, à chaque poussée d'herpès, il repassa par des périodes de préoccupations hypocondriaques, puis se mit à boire et à jouer. Des troubles d'estomac consécutifs le rendirent à plusieurs reprises très inquiet, il cessait alors sa vie de café, guérissait, recommençait et retombait malade. Enfin il sembla s'être rangé définitivement et être convaincu que sa maladie d'estomac n'avait rien de grave. Les troubles gastriques disparurent d'ailleurs, mais, en même temps, apparurent des poussées d'eczéma et de nouvelles éruptions d'herpès. Comme le malade voyait approcher la trentaine et qu'il avait envie de se marier, il passa quelques années pénibles, se voyant, à tour de rôle, syphilitique ou tuberculeux. Cette inquiétude le fit maigrir beaucoup, mais heureusement il cessa complètement ses habitude alcooliques ; puis sous l'influence de cette abstention tout s'amenda ; il reprit confiance en lui, engraissa, se mit au travail très activement, s'intéressa à diverses entreprises agricoles et finalement se sentit assez bien pour se marier.

Quelques jours avant son mariage de nouvelles inquietudes le reprirent, mais il eut assez de force pour se contenir, ne perdit pas le bénéfice acquis et se maria dans de bonnes conditions. Depuis son mariage il va psychiquement bien ; il a eu cependant une poussée d'eczéma très intense au ventre et il a supporté cette véritable épreuve avec une très grande force et une énergie remarquable. C'est aujourd'hui un homme qui joue un rôle sérieux dans son pays.

S'il est ainsi des cas dans lesquels la maladie physique sur laquelle se greffe l'état hypocondriaque est facile à dépister et à traiter, il en est d'autres où le diagnostic causal est difficile, où la mise en scène est exagérée, où, au premier abord, on peut croire à une hystérie à forme hypocondriaque, où un examen

attentif et prolongé est nécessaire pour reconnaître l'existence d'une lésion grave.

C'est ainsi que la malade de l'observation II a été envoyée de l'hôpital à l'asile comme hypocondriaque et morphinomane. L'évolution de la maladie et l'autopsie ont démontré l'existence d'une tuberculose abdominale avec lésions pulmonaires secondaires, alors que, pendant toute la première période de la maladie, on n'avait pensé qu'à un ulcère de l'estomac.

Obs. II (Service du Professeur Pierret). — *Hypocondrie. — Morphinomanie. — Mort par tuberculose généralisée. — Observation suivie deux ans. — Début de la maladie à 27 ans.*

J... Marie-Rosalie, 29 ans, domestique, célibataire, illettrée, entre à l'asile de Bron le 31 juillet 1890.

Cette malade vient de l'Hôtel-Dieu de Lyon, où elle est entrée à plusieurs reprises depuis trois ans environ, pour des douleurs lombo-abdominales qui la faisaient horriblement souffrir. Elle n'a plus ses règles depuis quatre ans. On l'a traitée par la suspension et par les injections de morphine, dont elle prend 3 centigrammes par jour depuis deux ans.

A l'entrée la langue est blanche, couverte d'une forte couche d'enduit saburral. Le foie paraît petit, le rein gauche est un peu douloureux, la colonne vertébrale est douloureuse à la pression dans toute sa hauteur ; l'hypocondre droit est douloureux. La malade ne peut supporter aucun aliment et a des envies continuelles de vomir ; elle est constipée et aller à la selle lui donne des douleur intolérables. Les douleurs ont commencé par l'estomac ; elle rejetait tout ce qu'elle prenait et après l'ingestion des aliments elle ressentait au creux épigastrique une violente brûlure.

Le flanc gauche porte des traces de pointes de feu.

En présence des douleurs intolérables que dit ressentir la malade, on lui rend de la morphine, dont on arrive à réduire la dose à un centigramme par jour, mais on ne peut faire la suppression complète ; car dès qu'on cesse le médicament, la malade assure des douleurs violentes, toujours dans la région abdominale, mais sans localisation précise ; elle se tord sur son lit, se lève en chemise, se jette à terre en se tenant les flancs à deux mains et criant : « Ce n'est pas tenable. »

Au cours de l'observation elle présente de temps à autre des vomissements tantôt verdâtres, tantôt sanguinolents. En septembre 1890, il y a une diarrhée intense avec élévation de la température ; en 1891, des vomissements de sang tantôt noir, tantôt rutilant ; la malade prétend que ces vomissements reviennent à l'époque où devraient avoir lieu ses règles. Celles-ci se montrent une fois le 20 septembre 1891

et coïncident avec une recrudescence de douleurs à la région lombaire et le long de la colone dorsale, tout autour de la ceinture et surtout à l'épigastre.

Des signes de tuberculose pulmonaire apparaissent et l'évolution de la phtisie amène la mort de la malade le 6 juillet 1892.

L'autopsie montre une tuberculose pulmonaire siégeant dans les deux poumons, plus avancée au poumon gauche qui contient de nombreuses cavernes du volume d'une noisette. On constate également des lésions de tuberculose péritonéale et intestinale. Il n'existe aucune ulcération stomacale. Le cœur est petit, décoloré, se déchire facilement. Un peu de liquide louche dans le péricarde. Au cerveau quelques hémorrhagies sous-méningées dans les deux hémisphères vers le bord supérieur.

La malade de l'observation suivante (Obs. III) rentre dans le même cadre. L'hypocondrie est greffée sur une lésion cardiaque qui a été s'aggravant jusqu'à la mort, mais ici le trouble somatique a été dès le début facile à diagnostiquer. L'observation présente ue point intéressant : c'est la coexistence de sensations génitales délirantes, fait que nous avons rencontré fréquemment chez les mélancoliques ayant des idées hypocondriaques épisodiques.

Obs. III. (Service du Professeur Pierret). — *Délire hypocondriaque lié à une maladie de cœur chez une prédisposée. — Mort par congestion pulmonaire. — Observation suivie neuf ans. — Début de la maladie à 26 ans.*

B... Caroline, 26 ans, sans profession, célibataire, sachant lire et écrire, entre à l'asile de Bron le 20 mars 1890.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade était un excité maniaque peu intelligent. La mère est morte à la ménopause.

Antécédents personnels. — Les règles de la malade ont manqué depuis deux mois ; depuis quatre à cinq jours elle manifeste des idées de suicide et se croit en butte aux persécutions de tout le monde. Faiblesse intellectuelle.

Ces idées disparaissent assez rapidement et la malade sort, réclamée par sa famille, le 13 mai 1890.

Elle revient à l'asile le 4 juin 1892. On constate des conceptions hypocondriaques avec constipation et mal de tête. La langue est blanche, l'appétit diminué.

Au cœur, dédoublement du 1 bruit. Le 2me bruit est bien frappé ; pas de souffle, pas d'irrégularités des battements, pas d'hypertrophie notable ; le pouls est régulier, petit, tendu.

Une sortie est de nouveau tentée le 11 juin, mais il faut ramener la

malade le 28, à cause d'un accès d'excitation. Elle est toujours mal réglée et a des épistaxis supplémentaires.

Cette fois elle reste à l'asile jusqu'au 17 février 1893, elle s'est améliorée et n'y rentre que le 6 février 1897.

L'état du cœur s'est aggravé ; on constate des palpitations très fréquentes ; il y a de l'essoufflement à la suite des efforts. Le dédoublement du 1er bruit est perceptible à la palpitation et à l'auscultation. Frémissement systolique.

La malade se plaint de maux de tête très violents siégeant au niveau des régions frontale et pariétale, continuels, mais augmentant d'intensité quand la malade ne va pas bien à la selle. Elle se plaint de picotements dans les paupières, d'amblyopie, surtout vespérale. Pas de signes objectifs.

Elle ressent des brûlures au niveau de la région épigastrique et de la région abdominale ; il y a de la constipation et des douleurs pendant l'expulsion des matières constituées par des scybales dures. Elle n'a pas de force, est très vite fatiguée. Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés ; les mains tremblent un peu : elle a des crampes et des fourmillements au bout des doigts.

Les urines sont claires : pas d'albumine ni de sucre.

Les règles, habituellement rares, ont apparu pour la dernière fois le 24 décembre 1896.

Rien aux poumons, ni à l'auscultation, ni à la percussion. Elle raconte que des gens chez qui elle va faire des commissions lui font des attouchements manuels. On l'a rendue ainsi enceinte. La malade fonde sa croyance à une grossesse sur la disparition des règles, mais elle dit qu'elle n'a pas eu de relations avec un homme. Elle ne voyait pas les gens qui l'ont rendue enceinte par attouchements.

Les troubles cardiaques vont en progressant. L'état mental reste stationnaire et la malade meurt de congestion pulmonaire, le 18 décembre 1899.

§ 2. — Formes de l'age mur.

Nous avons vu dans l'observation précédente apparaître l'idée de suicide. C'est une des complications fréquentes du délire hypocondriaque et un des modes de terminaison toujours à redouter, car, si beaucoup d'hypocondriaques, tout en disant volontiers que la mort serait préférable à la souffrance qu'ils éprouvent, hésitent cependant à se la donner, d'autres se tuent avec une brusquerie déconcertante et les faits démontrent que ces malades doivent être soumis à une surveillance attentive et incessante, même au moment où ils semblent aller mieux.

Voici deux observations de ce genre, dont les sujets présentent plusieurs traits communs. Ce sont tous deux des hommes mûrs appartenant à une classe élevée, et d'une intelligence très au-dessus de la moyenne.

Obs. IV. — *Délire hypocondriaque à marche rapide chez un héréditaire. — Mort par suicide. — Observé huit jours. — Apparition de la maladie à 40 ans.*

M. X... 44 ans, officier, appartient à une famille dans laquelle le côté maternel a présenté des tares vésaniques graves (mère aliénée). Son père, homme de très haute valeur, est mort d'une maladie de la moelle. Le malade est fils posthume. Un de ses frères est un *minus habens* qui se range parmi les poètes décadents ; un autre frère a des tics.

Cet homme, très distingué lui-même, ayant fait des études supérieures, devient hypocondriaque vers la quarantaine et il faut l'interner rapidement parce qu'il se croit atteint d'une affection grave du système nerveux entraînant la paralysie des membres et qu'il veut se tuer. Dès les premiers jours de son entrée il parvient à déjouer la surveillance, s'évade et on le retrouve, sept jours après, noyé.

Obs. V. — *Délire hypocondriaque chez un héréditaire. — Syphilophobie. — Mort par suicide. — Observation suivie sept ans. — Début à 38 ans.*

M. Y... 44 ans, ancien militaire, compte quelques aliénés dans sa famille maternelle. Une tante maternelle a présenté un accès aigu guéri, un cousin de la grand'mère maternelle a été également aliéné.

Le malade, de bonne santé habituelle et d'un caractère gai, se marie à 37 ans. Dix mois après son mariage, un accident (chute de cheval) l'amène à donner sa démission de l'armée. A partir de ce moment il devient triste, découragé ; puis apparaissent des préoccupations syphilophobiques qui prennent des proportions de plus en plus inquiétantes et font naître des idées de suicide. Le malade est interné sept ans après l'apparition des premières idées hypocondriaques. Il est alors en pleine anxiété, très préoccupé de sa santé, persuadé de son incurabilité. Sous l'influence de l'isolement et du traitement il s'améliore en quelques mois suffisamment pour qu'on essaye une sortie, et au cours d'un voyage il échappe à la surveillance et se fait écraser par un train sous lequel il s'était jeté.

Les observations qui suivent sont des cas dont le début se place entre 39 ans et 62 ans. Toutes, sauf une, se terminent par la mort ; la malade, encore vivante actuellement, est en démence complète; l'évolution de la maladie y est donc suivie jusqu'au bout. Elles

nous montreront que l'idée de négation n'est pas une résultante nécessaire de l'hypocondrie et qu'au contraire elle y apparaît rarement.

OBS. VI. — *Délire hypocondriaque. — Pas de démence. — Trois années d'alitement. — Mort par marasme. — Observation suivie cinq ans. — Début de la maladie à 39 ans.*

N... Marie, 39 ans.

Antécédents héréditaires. — Pas d'aliénés dans la famille, mais plusieurs goutteux parmi les ascendants.

Antécédents personnels. — La malade est une femme d'une intelligence au-dessus de la moyenne. Elle a toujours été émotive et disposée à l'hypocondrie. Bien réglée. A eu deux enfants venus à terme et vivants actuellement. Quelques accès de goutte.

Il y a trois mois elle se plaignit de douleurs dans le ventre ; on croyait à une névralgie, mais elle se mit à se plaindre de tout le monde, à pincer les domestiques, à se gratter les mains et les jambes au point de provoquer des écorchures. On lui conseille un traitement à Bouqueyron, qu'elle refuse de suivre, disant qu'elle est indemne au point de vue psychique, que les douches s'adressent aux aliénés. Elle prétend être atteinte d'une maladie de l'utérus : le col est retourné en arrière, dit-elle, et comprime l'intestin de sorte que les matières fécales ne peuvent passer. Un examen de spécialiste ne fait rien constater d'anormal.

La malade entre dans une maison de santé. Elle y est traitée par l'opium à doses progressives et les bains prolongés. Aucune modification n'étant survenue, elle sort de l'établissement et passe dans un autre.

Là nous constatons l'intégrité de la mémoire et de la volonté. La sensibilité générale et spéciale est normale. Insomnie. Constipation. Anorexie. Rien au cœur ni aux poumons. Aux urines, phosphates. Pas d'albumine ni de sucre.

La malade est triste ; elle se dit atteinte d'une maladie incurable et s'en désole ; elle a une maladie de la matrice et une paralysie de l'intestin ; elle sent une tumeur dans la région anale dont l'examen direct ne permet pas de constater l'existence.

Elle se plaint de tout le monde, n'est bien nulle part ; elle est dépourvue de tout et, tout en se plaignant, manifeste parfois la crainte qu'on ne veuille pas la garder.

Elle se frotte les membres, se pince, s'écorche. Elle frappe les gens qui s'approchent d'elle, les pince, les taquine. Elle furette partout, regarde ses interlocuteurs dans le blanc des yeux, paraît avoir quelques idées de persécution, est d'une extrême défiance.

Soumise à un traitement hydrothérapique (douches tièdes), la malade cherche tous les prétextes pour s'y soustraire.

Elle passe ainsi deux années, gardant un caractère malicieux, faisant des niches, tâchant de mettre le personnel en faute. Une fois elle absorbe 20 grammes de laudanum et garde de l'euphorie pendant les quinze jours suivants.

Puis petit à petit elle est restée enfermée dans sa chambre et n'a plus voulu voir aucun des siens, n'acceptant que son infirmière, à laquelle elle continue néanmoins à faire des farces et qu'elle pince quand elle peut la surprendre. Elle tend à rester au lit de plus en plus longtemps et finit par n'en plus vouloir sortir, se plaignant de ne pouvoir se tenir debout et de souffrir beaucoup des reins. Elle éprouve du plaisir à tripoter ses excréments ; elle en fait des boulettes qu'on retrouve dans tous les coins de sa chambre. Quand on vient la voir, elle se cache la tête dans ses draps.

Enfin elle devient gâteuse. Des escharres apparaissent aux fesses, aux bras, aux jambes et aux genoux. Mais pendant toute cette période elle reste dans le même état mental. La mémoire est conservée, les réponses précises ; elle est toujours malicieuse et méchante.

Elle meurt la cinquième année, de marasme.

Obs. VII. — *Hypocondrie. — Terminaison par démence complète. — État datant de vingt-huit années. — Début vers 50 ans.*

Mme B..., âgée actuellement de 78 ans, mariée. Hérédité vésanique grave. Aliénés dans les deux branches.

La malade a été une femme de tête, un peu virago, ne craignant pas les bons repas et le reste. Elle a eu trois maris. Deux sont morts usés ; le troisième, de dix ans moins âgé qu'elle, est complètement épuisé. La malade a eu sept enfants. La fille aînée est hystérique, la deuxième et la troisième étaient des deséquilibrées, mortes tuberculeuses ; la quatrième est aliénée, la cinquième est bien portante ; les deux derniers enfants, deux fils, sont mal équilibrés. Tous ces enfants ont été mal élevés et ont eu des aventures.

Vers 50 ans la malade présente du délire hypocondriaque. Elle a mal partout, a toujours peur de mourir, se fait examiner sans cesse au point de vue du cancer, croit avoir une tumeur au gosier, fait sentir son os hyoïde qu'elle prend pour un côté de la tumeur.

Cet état se maintient sans amélioration, ni aucune tendance au négativisme. La démence fait des progrès. La malade devient gâteuse et est actuellement en démence complète.

Obs. VIII. (Service du Professeur Pierret.). — *Délire hypocondriaque tardif. — Mélancolie, idées de suicide, puis idée hypocondriaque stéréotypée. — Mort par occlusion intestinale. — Observation suivie neuf ans. — Début à 54 ans.*

C... Marie-Clémentine, femme B... boulangère, 54 ans, mariée, sachant lire et écrire, entre à l'asile de Bron, le 21 mai 1882.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade est mort de maladie inconnue ; il était devenu aveugle sept ans avant sa mort. La mère est morte à la ménopause. La malade a eu trois frères et une sœur. Cette dernière est morte en couches, un des frères est mort à la suite de la guerre de 1870, deux autres frères sont vivants.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans 1/2, toujours régulièrement ; actuellement les règles ont disparu depuis longtemps.

Fièvre typhoïde à 20 ans.

Est sujette depuis longtemps à des vertiges ; voyait autrefois les objets tourner autour d'elle ; actuellement, le soir surtout, voit un brouillard, une tête qui monte et descend ; elle sent alors « un coup violent, sur la tête, et verse sur ses compagnes » ; d'autres fois, a le temps de s'accrocher à une table, à un banc. Ces vertiges durent très peu de temps ; elle n'en prend pas tous les jours.

Pendant une certaine période de temps qu'elle ne peut préciser, mais avant son entrée à l'asile, elle a souffert énormément de maux de tête ; le siège de la douleur était frontal ; elle croyait avoir une pierre dans la partie antérieure de la tête.

Elle avait perdu l'appétit, ou plutôt elle ne pouvait pas manger : « J'avais faim, dit-elle, pourtant, mais c'était le diable qui me tourmentait. » Elle croyait qu'on allait tout saisir chez elle, tout vendre ; elle avait des impulsions au suicide et disait qu'elle voulait se noyer : « Empêche-moi, disait-elle à son mari, garde-moi bien, malgré moi je vais faire quelque coup. » Elle aurait un jour échappé à la surveillance et se serait jetée par la fenêtre. Insomnies pénibles.

A l'entrée, souffre toujours de la tête : « je ne sais pas ce que j'ai là-dedans ; il faudrait ouvrir ma tête pour voir ce que c'est. On lui demande si elle veut qu'on fasse passer ses maux de tête et elle répond : « C'est inutile, c'est impossible, que voulez-vous faire ? Tous les médecins de la terre seraient bien là qu'ils ne pourraient pas me les faire passer ».

Ne dort pas dès qu'elle se couche : elle s'assoupit, mais elle est bientôt assaillie par des rêves pénibles qui la reportent dans son ménage et lui remettent devant les yeux toutes les choses pénibles d'autrefois : « Je ne sais pas comment je suis, je ne peux pas le faire comprendre. » Ces rêves pénibles ne la laissent pas dormir longtemps, elle se réveille et le reste de la nuit s'achève sans sommeil.

Elle n'a pas d'appétit : « Je mange parce qu'on me force à manger ; je n'ai aucun besoin de nourriture ; je pourrais vivre sans aliments pendant cent mille ans. Je suis pire qu'éternelle. C'est triste de toujours vivre quand on est toujours tourmentée J'ai eu un commencement, mais je n'aurai point de fin, je serais dans la terre que je ne mourrais pas. »

Rien au cœur, rien aux poumons.

Rien à signaler du côté somatique, sauf une déviation des doigts de

pied qui gêne la marche. Les pieds sont froids et violacés. La malade a toujours peur de tomber.

Quatre jours après l'entrée, la malade ayant refusé de manger, on la nourrit à la sonde. La malade prétend que l'ouverture normale de l'œsophage s'était obstruée et qu'il s'était créé un nouveau canal destiné à conduire les aliments dans une poche située dans la région de l'épaule gauche, le travail s'est révélé par une douleur épouvantable. La sonde s'engagea dans le conduit artificiel et ne fit que l'augmenter.

A partir de cette époque la malade reste persuadée de l'existence de sa poche artificielle et rien ne peut la convaincre du contraire. Tous les aliments solides vont dans cette poche, seules quelques boissons tombent dans l'estomac. Il n'y a pas de constipation.

En 1889 on constate l'apparition d'une cataracte double, plus avancée à droite.

En octobre 1891 la malade refuse de nouveau de manger. Le ventre est douloureux à la pression ; la douleur est mal localisée ; on constate dans la région inguinale gauche une tumeur oblongue, à grand axe transversal, dure, de la consistance d'un ganglion induré. Les selles renferment une assez grande quantité de sang. Il y a un peu d'albumine dans les urines. Puis surviennent des vomissements alimentaires et quelques vomissements fécaloïdes et la malade meurt le 25 octobre par occlusion intestinale.

Obs. IX. (Service du Professeur Pierret.) — *Délire hypocondriaque tardif. — Syphilis. — Marche progressive; idées de négation, pas d'idée de suicide. — Mort par ramollissement cérébral. Autopsie. Observation suivie quinze ans. — Début de la maladie à 56 ans.*

G... Geneviève, 56 ans, ménagère, célibataire, illettrée, entre à l'asile de Bron le 19 août 1884.

Antécédents héréditaires. — La mère de la malade est morte en démence sénile.

Antécédents personnels. — Dans sa jeunesse la malade a toujours été bien portante. A 18 ans elle a été l'objet de manœuvres d'avortement qui ont échoué ; l'enfant est venu à terme mais n'a pas vécu. A une époque indéterminée, vers 26 ans, elle fut soignée à la consultation de l'Antiquaille (service des vénériennes) ; elle perdit une partie de ses cheveux et depuis ce moment s'est plaint de violents maux de tête; elle eut aussi des plaques aux cuisses et aux jambes qui ont laissé des cicatrices jaunâtres. La malade en a remarqué à la paume de la main.

Il y a quinze mois, œdème de la jambe. C'est à cette époque qu'on a remarqué des changements dans son caractère. Violents maux de tête. Insomnie complète. Constipation. La malade mange avec voracité : la digestion est facile. Urines normales.

Apparition de quelques idées de persécution : des voisins auraient

voulu lui faire du mal ; on l'aurait frappée de coups de couteau. Ces idées ne sont pas très nettes; néanmoins, sous leur influence, la malade tente de mettre le feu dans la maison qu'elle habite et on doit l'interner.

A l'entrée : réflexe rotulien conservé. Pas de strabisme, pas d'anesthésie. Se plaint de la tête. Constipation habituelle. Dit avoir été malade depuis sa couche. Ne sent pas digérer son manger.

14 novembre 1884. Va beaucoup mieux ; ne sent plus de maladie et l'avoue. Dort bien. Va difficilement à la selle. Encore quelques préoccupations hypocondriaques.

22 janvier 1885. Se plaint à nouveau de grands maux de tête. Ces maux de tête seraient consécutifs à un coup de couteau qu'un amant malheureux lui aurait donné. Constipation opiniâtre. Ne dort pas la nuit, ne fait que plaindre. Sa vue a beaucoup baissé depuis qu'elle est ici. Elle voit constamment des moucherons du côté gauche.

31 janvier. Parle toujours de son coup de couteau. A eu « un examen » sur l'estomac. Troubles de la vue, de la mémoire. Préoccupations hypocondriaques très vives. Plaintes continuelles : « il y a des moments qu'il me vient une fièvre dans les mains qui me brûlent. J'ai une eau qui monte et qui descend ».

A cette époque la malade écrit la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur, je vous écris où je souffre. Je souffre continuellement de la tête, j'éprouve des lancées quand je mange. Je ne sens pas mon manger digérer. Par moment quelque chose qui me monte au gosier pique. Ça m'a piqué des deux côtés, le côté gauche plus fatigué. Grande transpiration dans les reins qui occasionne une fièvre tout le temps. Je plains de l'estomac, j'ai une grosseur à l'anus. Les intestins ne fonctionnent pas. J'ai reçu plusieurs coups à la tête du côté gauche et j'ai la vue qui baisse beaucoup. Par moment j'ai de l'eau qui me monte à la bouche, par moment la bouche sèche. M. le Docteur, il y a 25 ans que j'ai eu la syphilis et je me suis fait traiter par M. Gailleton à l'Antiquaille. Je suis été me faire visiter et l'on m'a cautérisée et depuis je souffre. Voilà 15 mois j'ai une grosseur dans la bouche, je ne dors pas la nuit ni le jour. J'ai eu de grandes résolutions et je me trouve indisposée. »

Les 1er février 1898 on constate de l'inégalité pupillaire. La pupille droite est plus dilatée que la gauche.

Elle dit qu'elle sent perpétuellement « tac-tac » dans la tête. Elle resterait tout un été, tout un hiver sans manger. Elle n'a jamais d'appétit. Toujours constipée.

15 mai 1899. Appétit bon. Dort bien mais se plaint encore avec une grande insistance de ne pas dormir, de souffrir beaucoup de la tête. Se tourmente beaucoup d'un amaigrissement réel, quoiqu'il lui reste un véritable embonpoint. Anesthésie pharyngée.

17 juin 1899. Préoccupations hypocondriaques très accentuées. Elle

recherche constamment sur elle-même des sujets à interpréter dans le sens de ses préoccupations ; elle est surtout inquiète de son côté gauche ; elle a remarqué de ce côté un certain nombre d'anomalies veineuses. Son anesthésie du larynx la préoccupe beaucoup, ainsi qu'une sensation particulière dans la joue droite ; elle sent de l'eau qui circule dans cette joue. Toujours constipée. Lavements fréquents.

20 août 1889. Inégalité pupillaire. La pupille gauche est beaucoup plus petite que la droite. La malade se plaint de voir voler des moucherons devant l'œil gauche. Névralgie sous-orbitaire liée vraisemblablement à la carie dentaire. Pas de douleurs sus-orbitaires. Les pupilles des deux yeux sont normales. La rétine droite est un peu vascularisée.

24 octobre. La malade se plaignant de pertes blanches, l'examen vaginal montre le col gros, boursouflé, laissant voir l'orifice rouge vif, sanguinolent. Rien au cul-de-sac.

A partir de cette époque jusqu'en 1892 il se manifeste avec des alternatives de recrudescence, une accalmie notable dans ses idées hypocondriaques. Elle reprend une allure de santé, elle s'occupe aux travaux domestiques alors qu'auparavant elle ne voulait rien faire, disant qu'elle travaillerait bien mais que les forces lui manquaient.

Elle se plaint toujours en interprétant dans le sens de maladies les diverses sensations qu'elle éprouve, mais ses plaintes ne se manifestent que lorsqu'on lui parle depuis quelques minutes, tandis qu'auparavant elle courait après les médecins pour leur exposer toutes ses souffrances. On voit clairement que l'habitude hypocondriaque persiste mais que les idées n'ont plus autant de force.

En juillet 1892, légère hémiplégie gauche ; le facial inférieur gauche du même côté est intéressé (légère parésie). La parole est un peu gênée, la langue est embarrassée, un peu comme dans la paralysie labio-glosso-laryngée, mais d'une façon beaucoup moins nette. La malade pleure dès qu'on l'interroge. Réflexes rotuliens normaux. Hémianesthésie gauche. Réflexe plantaire conservé à gauche. Pas de troubles de sensibilité à la face.

Tous ces phénomènes s'amendent peu à peu. La malade reprend son état primitif. En 1896 tous les troubles moteurs et sensitifs ont disparu. A cette époque apparaissent des idées de négation. La malade se plaint de n'avoir plus de chevilles. Son tube digestif est insensible : « Je ne sens plus quand je mange ou quand je vais du ventre. » Un peu d'incontinence d'urine.

La malade s'affaiblit progressivement, présente quelques ictus et meurt dans le marasme le 10 mars 1899.

Autopsie le 11 mars 1899 (par M. Jacquin).

Au poumon gauche : infarctus hémorrhagique dans le lobe inférieur Aux deux poumons emphysème et atéléctasie. Un peu d'anthracose. Pas d'adhérences. Athérome et rétrécissement de l'aorte. Induration

athéromateuse avec épaississement de la tricuspide. Rien au péricarde. Rate grosse. Foie gros, congestionné. Intestin : coprostase rectale et colique jusqu'au cœcum qui est dilaté. Reins : néphrite kystique ; kystes multiples disséminés dans les deux reins. Bassinets un peu dilatés. Vessie énorme à parois amincies ; varices du col. Rien à l'utérus ni aux ovaires.

Cerveau : athérome manifeste des artères basilaire et vertébrales. Pas d'adhérences méningée. Œdème cérébral assez marqué. La calotte crânienne est peu épaisse.

Poids total du cerveau : 1110 gr. Hém. Dr. : 490 ; Hém. g. : 480. Bulbe ; protubérance et cervelet : 140 gr. A l'inspection superficielle ce qui frappe c'est l'irrégularité des circonvolutions cérébrales, qui sont effacées par places. A ces points correspondent à la coupe des foyers de ramollissement anciens ou récents.

A l'hémisphère droit, un foyer de ramollissement récent siégeant sur toute la face externe du lobe occipital et occupant une grande partie de la substance blanche. A la coupe nombreux foyers de ramollissement anciens.

§ 3. — Forme sénile

Obs. X (Service du Professeur Pierret). — *Délire hypocondriaque sénile après une première atteinte cérébrale à 30 ans. — Idées de suicide. — Idées de négation. — Mort par affection cardiaque avec albuminurie. — Observation suivie cinq ans. — Début de la maladie à 62 ans.*

B... Marie, femme V..., 62 ans, sans profession, mariée, sait lire et écrire, entre à l'asile de Bron le 19 juin 1887.

Cette malade a perdu une fille qui est morte, il y a 25 ans, de transport au cerveau. Cinq ans après elle fit un séjour à l'asile de l'Antiquaille. Il y a un an, elle reçut de nombreux coups dans une bataille. Depuis trois mois elle a perdu le sommeil et a commencé à parler seule, puis s'est agitée et a cherché a se détruire, disant qu'elle n'avait pas le corps d'une femme, que son corps était absolument vide, qu'elle surnagerait si elle se jetait à l'eau, qu'elle pouvait vivre sans manger, qu'elle était inutile au monde.

Depuis quatre jours elle a disparu de chez elle et n'a pris aucune nourriture : on l'a retrouvée accroupie dans des rochers.

A l'entrée, la malade est très amaigrie ; l'estomac est très dilaté ; on provoque le clapotement à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Elle porte un goître latéral double, plus développé à droite qu'à gauche Elle tousse et a des accès d'oppression. Surdité.

Elle ne sent ni son estomac, ni son corps ; elle n'a de chaleur que dans les pieds et les mains, Mutisme et refus d'aliments.

En octobre 1887 on semble constater une légère amélioration ; la

malade dit toujours qu'elle ne sent ni son estomac, ni les aliments, mais que, si elle peut vivre comme cela, elle pourra faire son ouvrage.

Son mari la retire de l'asile le 17 octobre.

L'amélioration dure à peine huit jours chez elle. Elle cherche à s'enfuir pendant la nuit et dès lors ne s'occupe plus de son ménage. Les idées de suicide reparaissent. Le 6 mars elle cherche à se noyer et on la ramène à l'asile.

Les idées délirantes sont les mêmes : elle n'a point de corps, point d'estomac ; elle peut vivre sans manger, elle n'a rien mangé depuis cinq mois ; elle ne vit que par les yeux et par les quatre membres. Elle a perdu son corps à la suite de l'absorption d'un verre d'arquebuse, après laquelle elle avait senti des sifflements dans la tête. Il faut qu'on la jette à l'eau pour qu'elle guérisse.

On constate l'existence de troubles cardiaques. Il apparaît de l'albuminurie. L'état s'aggrave progressivement et la malade meurt le 16 novembre 1892. Les idées hypocondriaques ont persisté jusqu'au dernier moment avec le même caractère.

Nos observations confirment tout d'abord d'une manière évidente les conclusions du rapport de M. Roy touchant la présence constante d'un élément morbide somatique à la base de tous les états hypocondriaques. Nous y avons rencontré des maladies graves, telles que la tuberculose, et nous avons vu que cette maladie avait pu être méconnue pendant une longue période. Quand l'examen attentif ne révèle pas de maladie, il faut penser aux troubles vasculaires dus à la sénilité, à la goutte, à la syphilis. Il est des cas où la maladie somatique est essentiellement cérébrale (Obs. IX) et se révèle ultérieurement par des lésions en foyer démontrées par l'autopsie ; et il n'y a pas besoin d'invoquer des lésions d'encéphalite parenchymateuse. Les choses peuvent être beaucoup plus simples. Les malades sont très souvent des constipés et il faut porter du côté de leur intestin une très grande attention. C'est chez eux que la vieille méthode hippocratique donne les meilleurs succès et, sinon des guérisons, du moins de notables améliorations. Le délire n'est que la mise en lumière d'une hyperattention portée sur des faits réels. De là une conclusion pratique importante, que l'enseignement du Professeur Pierret n'a pas peu contribué à faire entrer dans la pathologie mentale : c'est qu'il faut examiner à fond ses malades et ne pas se rebuter si le premier examen ne donne pas de résultat. Avec les hypocondriaques plus qu'avec tous autres malades, il faut être médecin.

Nous ferons aussi, avec le rapporteur, une part importante au traitement psychique. Il est clair que les encouragements, les conseils moraux, les paroles réconfortantes ne doivent pas être ménagés à ces malades et que leur effet sera considérablement augmenté par la confiance accordée par le malade à son médecin. Mais ce ne sera pour nous que la mise en action de toutes les qualités médicales, au sens le plus étendu du mot.

Si dans ces conditions il sera souvent possible d'obtenir des améliorations et même des guérisons, le pronostic des états hypocondriaques n'en reste pas moins très grave. Non seulement les rechutes sont fréquentes, non seulement les améliorations ne se maintiennent pas longtemps, et l'état des malades reste stationnaire jusqu'à la mort, mais encore tout hypocondriaque est sous le coup d'une éventualité redoutable, le suicide. Les idées de suicide sont la règle dans l'hypocondrie; tous les malades pensent plus ou moins à cette solution quasi normale de leurs souffrances; quelques-uns la réalisent avec une soudaineté de décision qui déjoue toute surveillance.

Quand l'évolution n'est pas interrompue par un de ces épisodes dont nous avons donné deux saisissants exemples (Obs. IV et V), quelle est la terminaison ordinaire de la maladie? Nous avons relevé une terminaison par guérison, contre huit par décès dû en général à l'aggravation de la maladie somatique fondamentale. Dans un seul de nos cas nous observons la terminaison par démence; la plupart du temps l'état hypocondriaque se maintient jusqu'au bout avec ses mêmes caractères. L'idée de négation n'est pas une résultante nécessaire du délire hypocondriaque; nous ne l'avons relevée que deux fois. Dans l'Observation IX elle apparaît après la première manifestation de lésion en foyer; dans le second cas (Obs. X), elle se montre chez une sénile. Aussi adopterions-nous volontiers l'opinion d'Obicé et de De Sanctis que son apparition coïncide avec l'involution sénile ou les tares cérébrales profondes.

Pour mémoire seulement, et sans vouloir tirer du fait des conclusions prématurées, nous rappellerons que nous avons examiné le cervelet dans deux cas de tares avec pensées de paralysie générale; dans l'un de ces cas il y avait prédominance d'idées hypocondriaques, dans l'autre il y avait plutôt délire de satisfaction. Le premier de ces cas a été présenté au Congrès de Bruxelles,

1903 (TATY et JEANTY. *Lésions de l'écorce cérébelleuse chez les paralytiques généraux*) et un dessin micrographique a paru dans la thèse de Jeanty (*Lésions du cervelet chez les paralytiques généraux et déments. Lyon, décembre 1903*). Le second cas est inédit. Or chez l'hypocondriaque nous avions remarqué l'intégrité relative du cervelet, notamment de la couche de Purkinje, avec altérations portant surtout sur les cellules étoilées, ce qui différenciait le cas des faits classiques de paralysie générale et notamment des cas de tabes moteur. Notre deuxième tabétique se rapproche au contraire de ces derniers par ses lésions. Les cellules de Purkinje sont très atteintes, moins cependant que chez les tabétiques moteurs. Par contre, les cellules étoilées ont encore un protoplasma et des prolongements très visibles. Mais comme dans ce cas il y avait une lésion totale du cordon postérieur à la moelle dorsale, lésion qui se localisait nettement au cordon de Goll, dans la moelle cervicale, nous devons encore réserver l'interprétation.

M. le Dr GRANJUX.

La prévention des maladies nerveuses et mentales dans l'armée. — D'après la statistique médicale de l'armée pour l'année 1902, dernière statistique publiée, croyons-nous — on a prononcé la réforme :

171	fois pour	l'hystérie.
374	—	épilepsie.
73	—	neurasthénie.
10	—	paralysie générale.
154	—	aliénation mentale.
127	—	idiotie, imbécillité.

Dans cette énumération figurent 1 sous-officier aliéné et 24 officiers ; savoir : 1 hystérique, 19 neurasthéniques, 4 paralytiques généraux. De telle sorte que le nombre des réformes pour maladies nerveuses et mentales considérées exclusivement chez les soldats doit être ramené aux chiffres suivants :

Hystérie....................	170
Epilepsie....................	374
Neurasthénie................	54
Paralysie générale...........	6
Aliénation mentale...........	153
Idiotie, imbécillité..........	127

Ces réformes, qui varient peu, comme quantité, d'une année à l'autre, sont certainement au-dessous de la réalité, étant donnée la proportion fatale de nerveux et d'aliénés méconnus que présente toute collectivité ; ils démontrent surabondamment que les malades de ce genre entrent en quantité notable dans l'armée. Il y a là un danger militaire et social indéniable dont l'étendue peut être mesurée par les difficultés créées en Mandchourie à l'armée russe par la multiplicité des cas d'aliénation.

Le but de la présente communication est de rechercher, d'une part, les moyens d'arrêter nerveux et aliénés au seuil de la caserne, et, d'autre part, de dépister ceux qui l'ont franchi.

***

Le soldat entre dans la vie militaire soit comme *appelé*, soit comme *engagé*. Le premier, c'est-à-dire l'homme que son âge appelle à exécuter les obligations de la loi sur le service militaire, doit, en principe, se présenter au conseil de révision, où l'on décide de son aptitude physique. Mais un nombre de conscrits, qui va croissant d'année en année et vient de s'élever à dix mille, se dispense de se rendre au conseil de révision où, en raison de leur absence non justifiée, ils sont déclarés « bon absent » et, par suite, incorporés sans avoir été soumis à un examen médical quelconque.

Par suite, dans ce travail, nous avons à examiner quelles sont les mesures prises pour reconnaître les maladies nerveuses et mentales dans les trois catégories suivantes : 1° *appelés* (en ne comprenant sous cette dénomination que les recrues ayant passé le conseil de révision) ; 2° *bons absents* ; 3° *engagés*.

1° *Appelés*. Je ne surprendrai personne dans ce congrès en disant que le diagnostic des maladies nerveuses ou mentales, sauf certains cas exceptionnels, est impossible à faire au conseil

de révision, et que la réforme pour ces affections se prononce en réalité sur pièces établies préalablement par une enquête.

Immédiatement se pose une question. Que valent ces enquêtes ? Que valent au point de vue médical les pièces ainsi réunies ?

Si je m'en rapporte à ce que j'ai vu, leur valeur médicale — exception faite bien entendu des certificats établis par les médecins des établissements où les malades sont placés — est minime. Le gendarme chargé de procéder à cette enquête voit l'individu et interwieve l'instituteur, le maire, des pères de conscrits, groupe ces dépositions et parfois émet un avis personnel, avis honnête mais insuffisamment technique.

Moins souvent qu'on ne pourrait le croire *à priori*, le dossier comprend un certificat médical *concluant*. Il est rare, en effet, que le médecin de la famille ait *assisté* aux crises nerveuses invoquées par le malade ou son entourage. Quelques confrères oublient parfois qu'il est imprudent de certifier ce qu'on n'a pas vu soi-même. A cet égard, le fait suivant, rapporté par le *Progrès médical* il y a quelque temps, est bien suggestif.

Il s'agit d'un enfant de l'Assistance publique, placé dans une ferme à une distance de plusieurs kilomètres de A., où demeurait le docteur B. Notre confrère fut pendant plusieurs années appelé pour ce jeune homme qui avait, disait-on, des crises d'épilepsie. Naturellement, elles avaient pris fin à l'arrivée du médecin, qui n'en constata jamais une *de visu*. Aux approches du conseil de révision, le jeune homme demanda au docteur B. un certificat constatant qu'il était atteint d'épilepsie. Il lui fut délivré et la réforme s'en suivit. Depuis, le gaillard n'a plus eu d'attaques et a déclaré qu'il avait simulé les crises épileptiformes en vue de la réforme.

En résumé, on peut dire qu'au conseil de révision, le diagnostic des maladies nerveuses déclarées lors du tirage au sort est fait surtout par la gendarmerie, et que celles qui ne sont pas signalées à l'attention de l'autorité passent inaperçues.

Le fait est si connu, que lors du vote de la loi de deux ans au Sénat, MM. de Tréveneuc et Treille ont demandé « que l'on entoure les opérations du conseil de révision de plus de garanties, de plus de sûretés, de plus d'éclaircissements préalables ». Ils ont rappelé que la Chambre avait si bien compris la nécessité de mieux

éclairer le conseil de révision, qu'elle avait voté la création d'un conseil de révision préliminaire, ayant pour but de préparer les opérations du vrai conseil de révision.

Les deux honorables sénateurs ont fait inscrire dans la loi l'obligation pour tout inscrit qui aurait à faire valoir des maladies pouvant le rendre impropre au service militaire, d'en faire la déclaration à la mairie de sa commune, en y joignant tous les certificats utiles, et cela dans le mois qui suivra la publication des tableaux de recensement.

Malheureusement, le Dr Treille, malgré une argumentation suggestive, n'a pu amener le Sénat à voter l'obligation de l'examen par un expert, et avant le conseil de révision, de tout conscrit invoquant, comme cause d'exemption, une maladie nerveuse ou mentale.

Ce n'est pas dans ce Congrès qu'il y a lieu d'insister sur la nécessité d'un pareil examen, car vous savez que chaque année, rien que comme aliénation, on réforme dans l'armée 0,4‰ de l'effectif. Mais cette idée, neuve pour le Sénat, a un peu surpris cette assemblée et surtout le rapporteur, qui n'a trouvé à opposer au projet que ces objections :

Qui requerrait l'intervention du président et provoquerait la désignation d'un médecin légiste ? Qui payerait les frais de l'expertise médico-légale ?

Il nous semble que l'autorité administrative qui, à l'heure actuelle, prescrit à la gendarmerie d'ouvrir une enquête, pourrait tout aussi bien prendre l'initiative de l'examen médico-légal. Quant aux frais de celui-ci, ils devraient être à la charge de l'intéressé s'il est solvable, à celle de l'État au cas contraire.

En tout cas, ce sont là menus détails, faciles à régler, qui ne sauraient faire écarter longtemps l'examen médico-légal antérieur au conseil de révision des conscrits qui invoquent comme cause d'exemption des maladies nerveuses ou mentales.

La loi de deux ans, votée dans les conditions que l'on sait, subira certainement dans un temps peu éloigné des modifications, et nous espérons que notre ami Treille réussira, cette fois, à faire adopter son projet si sage, si utile.

2° *Bons absents*. Les éléments qui composent les « bons absents » sont assez variés. Il y a : *a*) les jeunes gens qui, n'ayant pas été acceptés comme engagés volontaires et désirant être soldats, ne

se présentent pas, de parti pris, au conseil de révision. En agissant ainsi, ils sont sûrs d'être gardés au corps, même s'ils n'ont pas la taille, les règlements en vigueur prescrivant que les « bons absents » ne doivent être présentés pour la réforme que s'ils ne peuvent rendre aucun service ; *b*) les négligents, les indifférents, les individus à humeur vagabonde, etc.

Cette deuxième catégorie, de beaucoup la plus nombreuse, est composée d'individualités à mentalité que l'on peut — sans être taxé de pessimisme — considérer comme devant être examinée.

La *France militaire* vient de pousser un cri d'alarme contre le flot toujours montant des « bons absents », qui ont cette année atteint, comme nous l'avons dit, le chiffre de dix mille, et de réclamer pour enrayer le mal qu'on prenne des mesures de répression spéciales.

Nous nous contenterons de demander que ces dix mille individus à mentalité plus ou moins suspecte ne soient pas versés dans les corps de troupe sans y être signalés aux médecins régimentaires et être, de leur part, l'objet d'une surveillance discrète. Nous demanderons aussi qu'ils soient, au point de vue de la réforme, dans les mêmes conditions que les appelés *s'ils sont atteints de maladies nerveuses ou mentales.*

3° *Engagés.* — L'engagement volontaire est la porte par laquelle les individus cérébralement tarés entrent en majorité dans l'armée. La chose est de notion courante, non seulement parmi les médecins militaires, mais aussi parmi les médecins civils qui s'occupent d'aliénations mentales. MM. Pitre et Régis, dans leur livre « Obsessions et impulsions », ont écrit ces lignes :

Les dégénérés constituent une véritable plaie pour l'armée. *Engagés*, pour la plupart, soit spontanément, soit sur l'intervention de leur famille, ils sont inaptes à supporter l'existence régulière, laborieuse et soumise du soldat. C'est parmi eux que se recrutent bon nombre des indisciplinés, des déserteurs, des délinquants qui alimentent la prison et conseil de guerre, et qui sont d'un si fâcheux exemple pour leurs camarades.

Dernièrement ont paru une série de travaux qui ont donné à cette notion de la mentalité troublée de nombre d'engagés volontaires la démonstration précise, mathématique qui manquait jusqu'alors.

Le Dr Uzac, médecin aide-major, chargé du service d'une compagnie de discipline, a écrit dans le *Caducée* du 7 janvier 1905 les lignes suivantes :

Un premier fait, dit-il, nous a frappé, c'est l'énorme proportion des disciplinaires incorporés à leur corps d'origine comme engagés volontaires, par rapport à ceux incorporés comme appelés. Sur un total de 431 hommes envoyés à la compagnie au cours d'une période d'un peu plus de trois ans, nous trouvons 216 engagés volontaires et 215 appelés. Pour voir ce qu'il y a d'excessif dans ce chiffre, il faut se rappeler la proportion minime des uns par rapport aux autres, dans l'effectif d'un régiment.

Cette infériorité mentale des engagés par rapport aux appelés a, aussi, été établie d'une façon précise par M. le Dr Jourdin, médecin-major de réserve, dans un article intitulé : « De la valeur physique et morale des engagés volontaires » paru dans le *Caducée* du 18 avril 1903.

Ses observations ont porté sur un régiment de cavalerie appartenant à la même garnison. Il a fait le relevé, d'une part, des individus envoyés aux compagnies de discipline. Il est arrivé aux résultats suivants :

RÉGIMENT D'INFANTERIE

Déserteurs.......	Appelés : 4,39 °/₀₀ ;	engagés : 8,13
Cies de discipline.	Appelés : 10,28 °/₀₀ ;	engagés : 18,31

RÉGIMENT DE CAVALERIE

Déserteurs.......	Appelés : 11,05 °/₀₀ ;	engagés : 18,31
Cies de discipline.	Appelés : 8,28 °/₀₀ ;	engagés : 43,24

Cette mentalité spéciale des engagés volontaires est mise, s'il est possible, encore plus en évidence par la comparaison des hospitalisations pour aliénation mentale dans la guerre, dans la marine, dans les troupes coloniales, comparaison que nous avons établie dans le *Caducée* du 17 juin 1905.

Tandis que dans l'armée métropolitaine et dans la marine, en majeure partie composées d'appelés, la proportionnalité de ces hospitalisations est respectivement de 0,4 et 0,5 °/₀₀, elle est de 1,4, c'est-à-dire de trois à quatre fois plus considérable, pour les troupes coloniales où les engagés sont en si grand nombre.

M. le Dr Antheaume, le distingué médecin en chef de la maison de Charenton, comparant, de 1891 à 1900, l'aliénation mentale dans le régiment étranger exclusivement composé d'engagés volontaires et dans le reste de l'armée a constaté que dans ce corps spécial elle était trois fois et demie plus fréquente.

Cette proportion énorme de tarés parmi les engagés volontaires tient à ce que le décret du 27 juin 1905, relatif aux engagements volontaires, se contente d'exiger des candidats de n'avoir « aucune infirmité ni maladie apparente ou cachée, d'être d'une constitution saine et robuste, et d'avoir la taille ». On exige un corps sain et on n'en fait pas de même pour l'esprit. Cette lacune est déplorable. Il est indispensable de la combler. Nous croyons qu'on y arriverait, au moins en partie, en exigeant la production d'un certificat émanant du médecin de la famille et certifiant que le postulant est sain de corps et d'esprit.

L'engagement est une faveur que l'État accorde à l'individu ; il peut bien lui demander, avant de signer le contrat, la preuve qu'il n'est pas cérébralement taré, d'autant que l'individu a plus à gagner à cette mesure que l'État.

Tels sont les moyens qui nous paraissent propres à diminuer l'apport des maladies nerveuses et mentales dans l'armée. Il ne faudrait pas attendre plus qu'elles ne peuvent donner; ce ne sont que des fils dégrossisseurs, ils laisseront fatalement passer les affections peu caractérisées et les troubles qui sont ignorés de l'entourage du malade, etc. Si on y ajoute les cas qui se développeront à la suite de l'incorporation, chez des prédisposés, on voit qu'il y aura encore un certain nombre de cas de maladies nerveuses et mentales méconnues, qu'il s'agirait de dépister. Il nous reste à dire comment on pourrait s'y prendre.

*
* *

Au Xe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, tenu à Marseille en avril 1899, j'ai établi, en m'appuyant sur la statistique médicale de l'armée, le pourcentage des réformes pour aliénation mentale, d'une part, dans l'armée, défalcation faite des prisonniers et des hommes des corps d'épreuve. Je suis arrivé aux constatations suivantes :

On réforme pour aliénation dans l'armée, déduction faite des prisons et corps d'épreuve, 0,4 ‰ présents.

Dans les établissements pénitentiaires, c'est-à-dire dans les prisons et ateliers de travaux publics, la proportion est quatre fois plus considérable.

Dans les bataillons d'Afrique, qui sont recrutés avec des hommes ayant eu maille à partir avec les tribunaux civils ou militaires, et dont, par suite, la mentalité semblerait avoir été déterminée, on réforme deux fois plus d'aliénés que dans les corps de troupe ordinaires.

Enfin, dans les compagnies de discipline, où les individus coupables de fautes autres que les délits et les crimes sont envoyés, non par le conseil de guerre, mais par simple décision du conseil de discipline régimentaire, le nombre des réformes pour aliénation mentale est huit fois et demie plus considérable que dans le reste de l'armée.

M. le Dr Antheaume s'est livré aux mêmes recherches en les faisant porter sur dix années, de 1891 à 1900. Il a bien voulu me communiquer les résultats et les conclusions auxquels il est arrivé. Les voici :

« On arrive à constater que le nombre moyen des aliénés est pour mille de :

0,99 dans les bataillons d'Afrique ;

2,88 dans les compagnies de discipline ;

1,89 dans les prisons et travaux publics.

« A côté de cela, dans le reste de l'armée la proportion annuelle des décès et réformes pour aliénation mentale, déduction faite de ce qui précède, est de 0,48.

« Ces chiffres peuvent se traduire par les énoncés suivants :

1° Il y a dans les bataillons d'Afrique deux fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée ;

2° Il y a dans les compagnies de discipline six fois plus d'aliénés que dans le reste de l'armée ;

3° Il y a dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics, quatre fois plus d'aliénés (exactement 3,93) que dans le reste de l'armée. »

Les résultats obtenus par M. Antheaume, encore que dans ces calculs il ait fait entrer un élément nouveau — les décès — sont

sensiblement les mêmes que ceux auxquels j'étais arrivé. Et cela n'est pas pour vous surprendre, car j'ai établi devant vous, il y a déjà longtemps, que la cause de cet afflux des aliénés dans les prisons et corps d'épreuve tenait à ce que les actes commis par les militaires entrant dans l'aliénation mentale sont appréciés en premier ressort exclusivement par les officiers, qui ne voient et ne peuvent voir qu'une faute dans tout acte portant atteinte à la discipline. Ils ignorent tout des fugues, des impulsions, etc.

Le remède à cette situation, vous l'avez déjà indiqué en votant à Marseille le principe de l'examen mental de tout militaire en prévention de conseil de discipline ou de conseil de guerre.

*
* *

La chose se fait maintenant généralement, du moins en ce qui concerne les conseils de guerre. Mais il est nécessaire que cette coutume enfantée par l'opinion publique prenne, du fait des règlements, le caractère obligatoire et soit étendue aux conseils de discipline. Aussi je vous demanderai, tout à l'heure, de renouveler le vœu émis à Marseille puisqu'il n'a pas reçu la consécration officielle ; mais auparavant je voudrais dire après l'expertise quelques mots des experts.

*
* *

Il est évident que le rôle d'expert prend et prendra, pour le médecin militaire, de plus en plus d'importance, et l'on peut se demander — la question m'a été posée à la Société de médecine légale — comment il y est préparé. Un article publié ces jours derniers dans le *Bulletin médical* par le médecin-major Chavigny, répétiteur à l'École de Lyon, me permettra de vous exposer ce qui a été fait dans cette voie. Voici comment s'exprime notre confrère :

Dans l'armée, où les règlements enserrent de bien plus près encore l'individu que dans la vie civile, les premiers phénomènes délirants tombent facilement sous le coup des punitions.

Les discussions qui ont porté sur ce sujet ont presque toujours conclu à une intervention législative pour modifier l'état des choses existant.

Il me semble que bien des améliorations pourraient être introduites pour ainsi dire spontanément, par le service de santé lui-même, et celui-ci s'est déjà engagé dans cette voie. Il me paraît bon de signaler que des efforts ont été faits et que, si l'on veut, dans un avenir prochain, on pourrait assurer les expertises mentales dans des conditions meilleures que par le passé

Là où commencent à se former les médecins militaires, à l'École de Lyon, depuis plusieurs années déjà, les répétiteurs de médecine ont pris à tâche d'attirer l'attention des élèves, dans les services de l'hôpital militaire Desgenettes, sur les malades envoyés en observation au point de vue mental avant comparution devant le conseil de guerre. La prise exacte de ces observations par les élèves est pour ceux-ci un excellent exercice clinique, car rien ne demande un examen somatique plus détaillé et plus précis qu'un malade atteint de troubles mentaux.

Je puis affirmer que, bien préparés déjà par le développement donné à la Faculté aux études de médecine légale, sous la direction de M. le professeur Lacassagne, beaucoup d'entre les élèves, la totalité même, suivent avec le plus grand intérêt, presque avec passion, les expertises mentales de ce genre, et c'est un réel progrès, car il y a quelque dix ans seulement les étudiants pouvaient arriver au terme de leurs études sans jamais avoir vu examiner un aliéné, ni préparer une expertise de conseil de guerre.

Quelques-uns des élèves qui avaient suivi de ces malades pendant leur séjour à l'hôpital ont pu assister à la séance de conseil de guerre à laquelle le médecin traitant chargé de l'expertise faisait sa déposition orale.

Avec des observations recueillies à l'hôpital militaire Desgenettes, un élève de l'École du service de santé, M. le Dr Cazeneuve (1), a soutenu, devant la Faculté de médecine de Lyon, une thèse sur l'important sujet des tares mentales observées chez les engagés volontaires.

Témoignant enfin de la haute sollicitude avec laquelle il suivait ces questions, M. le médecin-inspecteur Vaillard, directeur de l'École du service de santé, a obtenu de la Faculté qu'un stage

(1) Cazeneuve, *Engagement volontaire et dégénérescence mentale* (Th. de Lyon 1904-1905).

obligatoire à l'asile des aliénés de Bron fût institué, et les élèves militaires ont inauguré ce stage, au mois de juin dernier, en allant dans le service de M. le professeur Pierret prendre eux-mêmes des observations d'aliénés. Ce stage clinique a été conçu dans un esprit rigoureusement pratique : ses élèves voient, touchent et interrogent eux-mêmes les malades, le professeur se réservant ensuite de faire la critique des observations prises.

Pour l'avenir donc, la première impulsion est donnée, les médecins versés dans les régiments auront au moins quelques notions cliniques d'aliénation mentale. Parmi eux, il sera facile de trouver quelques sujets désireux de se spécialiser dans ces études, et le Service de santé qui sait, lorsqu'il en a besoin, se créer des bactériologistes, qui sait répartir ses chirurgiens dans les principaux hôpitaux, ce Service de santé pourrait tout aussi bien affecter au siège des corps d'armée et des conseils de guerre des médecins spécialisés en médecine mentale.

L'impulsion donnée à l'École de Lyon se poursuit au Val-de-Grâce, où l'on utilise les éléments cliniques fournis par les divers services et surtout celui des consignés. C'est beaucoup incontestablement ; mais il nous semble qu'on pourrait faire encore plus en utilisant l'enseignement psychiatrique si libéralement ouvert a Paris aux étudiants et aux médecins, et surtout en montrant aux élèves du Val-de-Grâce, dans la maison nationale de Charenton, les aliénés militaires, c'est-à-dire les types morbides qu'ils sont appelés à rencontrer et à dépister. (Je tiens à rappeler que déjà M. Régis a demandé « que les médecins militaires soient astreints, durant leurs études, à un stage psychiatrique avec examen probatoire, comme cela a lieu dans divers pays étrangers, notamment en Allemagne ». *Caducée* du 20 mai 1905.

Grâce à ces diverses mesures, le jeune médecin serait, au moment où il aborde l'exercice de sa profession, en possession d'un fonds de notions élémentaires qui lui permettrait de pousser au point désirable ses connaissances médico-légales, ainsi que sa conscience lui en fera bientôt une obligation. *Experto credite roberto.*

***

Comme résumé, comme conclusion de cette communication, j'ai l'honneur de soumettre au Congrès le projet de résolution que voici :

« Le Congrès, considérant d'une part que les individus atteints de maladies nerveuses ou mentales entrent en proportion notable dans l'armée, ainsi que le prouve le nombre considérable de réformes prononcées annuellement pour cette cause, et d'autre part que les aliénés méconnus vont échouer aux corps d'épreuve, émet les vœux suivants :

1° Que tout conscrit signalé, lors de l'établissement des tableaux de recensement, comme atteint de maladie nerveuse ou mentale, soit soumis, avant les opérations du conseil de révision, à un examen médico-légal fait par un expert ;

2° Que les « bons absents » soient signalés comme tels lors de leur incorporation au médecin du corps, et que ceux qui seraient reconnus atteints d'affection nerveuse ou mentale puissent être réformés dans les mêmes conditions que les autres soldats ;

3° Que l'on exige de tout individu voulant contracter un engagement, un certificat médical constatant qu'il est sain de corps et d'esprit ;

4° Que le dossier de tout individu en prévention de conseil de guerre ou de discipline comprenne un certificat médico-légal du médecin du corps ;

5° Que le stage au Val-de-Grâce comprenne l'assistance à l'enseignement psychiatrique donné à la Faculté, et que les malades militaires de la maison de Charenton soient utilisés pour l'instruction psychiatrique des jeunes médecins militaires.

Toutes ces propositions, sauf la première, peuvent être appliquées du jour au lendemain par la seule volonté ministérielle. Le moment est opportun pour demander leur réalisation, car l'esprit nouveau règne en haut lieu, et il y a à la tête du service de santé au ministère de la guerre, un esprit large et ami du progrès. Je crois donc que si le Congrès votait ces vœux, il ferait œuvre utile pour l'armée et le pays.

Le vœu est adopté par le Congrès.

M. le Dr TATY.

La Rage est une Folie infectieuse. — *Le délire qui la caractérise est avant tout sensoriel.* — Chez les animaux et chez l'homme, entre les milieux extérieurs et le lieu des états psychiques, il existe tout un appareil de réception, de transmission et d'élaboration ou les ébranlements sensitifs ou sensoriels pénètrent, cheminent et se classent.

Instrument de toute acquisition intellectuelle, le système sensitif, ainsi constitué, peut, s'il fonctionne d'une façon normale, nous approvisionner de notions justes, ou, s'il se dérange, nous conduire à l'erreur et à la folie. Les troubles de la sensibilité générale ou spéciale engendrent, en effet, de très nombreux délires. Ils sont, chez les prédisposés héréditaires ou accidentels, de véritables germes de folie, toujours prêts à végéter. Chez les autres hommes, semences morbides jetées dans un terrain peu favorable, ils n'arrivent à fructifier que dans certaines circonstances qu'il importe de bien connaître, mais qui, presque toutes, ont pour caractère une altération chimique des humeurs.

Pour bien connaître la pathogénie de ces délires, il convient, en premier lieu, d'évoquer l'influence exercée par un organe malade sur le cerveau par l'intermédiaire des nerfs qui les relient tous deux. Les syndromes délirants liés, autant qu'on en pouvait juger, à l'état maladif de quelque lointain parenchyme, étaient autrefois qualifiés de sympathiques, en vertu d'une théorie presque sentimentale. Les centres nerveux supérieurs souffraient de la souffrance d'organes avec lesquels ils avaient d'étroites affinités. Ils peinaient ensemble (συμπαθειν) et dans les folies dites hystériques, par exemple, les liens de sympathie entre l'utérus, ses annexes, et le cerveau, se trouvaient aisément mis en évidence. Ne nous montrons pas, d'ailleurs, trop difficiles pour les auteurs qui doctement discouraient sur les affinités et les sympathies, car nous les voyons reparaître sous le nom d'actions à distance, ces proches parentes des actions réflexes.

Quoi qu'il en soit, et toute théorie mise à part, il reste cliniquement démontré qu'il existe un très grand nombre de troubles mentaux, dont la cause prochaine est la mise en activité pathologique d'une partie quelconque du système sensitif. Il est d'ailleurs aisé de

comprendre comment sont, en ces cas, transportées par un trajet centripète, vers les parties postérieures des circonvolutions cérébrales, des impressions pénibles qui, sans cesse répétées, vont ébranler et bientôt compromettre l'équilibre des facultés.

« Il me semble, écrivait Spurzheim, qu'en général on devrait être plus attentif qu'on ne l'est ordinairement aux dérangements des cinq sens combinés avec les désordres des fonctions cérébrales [1].

Le savant collaborateur de Gall indiquait ainsi la voie féconde qui conduisit Esquirol à distinguer les hallucinations des sens, Lelut à reconnaître les folies sensorielles, et Michea, plus tard, à décrire le délire des sensations.

Dès lors, le chemin était indiqué, et Baillarger, reprenant l'étude des hallucinations, put en préciser les caractères et en ébaucher la pathogénie. Il sut comprendre le rôle important que jouait l'organe périphérique dans la genèse des hallucinations, sans rien enlever toutefois à la prépondérance des organes centraux. On lui doit la connaissance des premiers cas d'hallucinations presque unilatérales, liées à une lésion de l'oreille.

La théorie des hallucinations psycho-sensorielles complétée plus tard, sans trop de peine, par Tamburini, fut graduellement consolidée par les remarquables observations de Régis (1881), Ball (1882), Mabille (1883) et celles publiées par mon élève M. Robin dans sa thèse inaugurale [2]. Il fut dès lors établi que des psychoses complexes, avec manifestations souvent redoutables, pouvaient naître et disparaître avec des lésions de l'organe auditif.

On en peut dire autant pour tous les nerfs sensoriels, pour tous les nerfs sensitifs sans exception. Un de mes malades, tabétique devenu lypémaniaque, prétendait que des ennemis invisibles s'acharnaient sur sa personne. Ils le piquaient, le lardaient de coups de canif, surtout au niveau de la partie externe du genou. L'autopsie fit bien voir la cause de cette désignation si précise, car tous les filets de la branche cutanée péronière du sciatique

(1) G. Spurzheim, *Observations sur la folie.* Paris, 1818, p. 185.

(2) *Essai sur les troubles psychiques consécutifs aux maladies de l'oreille*, Dr P. Robin. Th. de Lyon, mai 1884.

poplité externe étaient le siège de cette névrite que j'ai le premier décrite chez les ataxiques [1].

Mais dans l'étude des folies d'origine sensitive ou sensorielle il ne suffit pas de considérer le rôle de l'organe périphérique de réception, et des circonvolutions où s'élaborent les perceptions. La question n'est pas si simple. Le système sensitif, considéré dans son entier, n'est pas seulement composé d'un organe récepteur, rattaché par un nerf conducteur aux régions psycho-sensorielles du cortex. Chez les vertébrés supérieurs, il existe des étapes intermédiaires : ce sont les ganglions d'origine des nerfs centripètes. Ces ganglions sont tous étagés dans le rachis (la moelle ou la moelle allongée) et c'est dans leur intimité que les impressions venues du dehors subissent une première réflexion et peut-être des élaborations successives.

Quel rôle jouent donc exactement tous ces ganglions spinaux, médullaires, bulbaires, protubérantiels, corticaux, ou subcorticaux dans la genèse des folies hallucinatoires ? Nous ne sommes guère avancés sur ce point.

Ce que l'on dit des lésions de la couche optique chez les hallucinés est bien douteux, et d'autre part on ne sait encore que très peu de chose sur les troubles psychosensoriels directement imputables à des lésions du cortex. Le problème serait-il insoluble ?

Fort heureusement, nous avons à notre disposition une maladie mentale peu connue des aliénistes et qui, bien étudiée, pourrait donner la clef de nombre de syndromes délirants. Cette maladie, c'est la rage, que les Anglais désignent par le mot significatif de madness.

Voyons d'abord ce que l'on sait des signes précurseurs de cette terrible affection.

Les Anciens, dès l'époque de Cœlius Aurélianus, avaient signalé les douleurs dont la morsure en apparence guérie devenait le siège. *Præpatitur ea pars quæ morsu fuerit venata* [2]. Ces douleurs furent plus tard mieux étudiées, et principalement notées pour les morsures des mains et des membres supérieurs. De plus,

(1) A. Pierret, *Communication écrite*, publiée par M. A. Robin dans sa thèse d'Agrégation. *Des troubles oculaires dans les maladies de l'Encéphale*, p. 325, 328, 1880.

(2) *Acu. morb.*, t. I, lit. III, p. 259, Ed. Haller.

ces douleurs, lancinantes, centripètes, semblaient parfois gagner la tête et le cœur, rappelant les sensations pénibles de l'*aura* chez les épileptiques. « Parfois on put noter un engourdissement, un refroidissement du membre blessé » (1).

Il y avait donc lieu de penser que les nerfs de la partie mordue jouaient un rôle dans la transmission vers les centres d'une irritation nerveuse particulière, et d'un contagium encore inconnu. Les expériences de Rossi, de Turin, sont instructives à cet égard. Cet auteur avança « que les nerfs encore fumants partagent avec la salive la propriété de communiquer la rage ». Il dit avoir réussi à inoculer cette maladie en introduisant dans une incision un morceau de nerf crural postérieur retiré d'un chat enragé vivant (2). Les recherches modernes prouvent le bien-fondé de cette affirmation, qui n'a pas sans doute été pour peu de chose dans l'affirmation de Brown-Séquard, qui n'hésita pas à considérer la rage comme le résultat d'une véritable névrite ascendante (3).

Sur ces données, et peut-être sur le fait alors connu de l'existence des névrites diphtéritiques, M. Duboué put édifier sa théorie. Cet auteur affirme en effet, comme l'avait fait Marchal de Calvi (4), que le système nerveux central est l'aboutissant nécessaire du virus rabique, et que, pour aller de la plaie d'inoculation vers les centres, il suit la voie nerveuse et nulle autre. Ce dernier point est douteux, mais les deux premiers sont incontestables.

Les sensations de diverses natures dont le siège est la morsure même, la parésie du membre mordu dans les formes paralytiques, ne peuvent s'expliquer que si le virus, comme l'avaient prévu Rossi et Brown-Séquard, se propage le long des nerfs, et attaque les centres au point d'entrée des fibres nerveuses parties du point blessé.

D'ailleurs des faits expérimentaux dus à M. di Vestea et Zagari (5) démontrent la propagation du virus par les nerfs. Ces auteurs ont

(1) *La Rage chez l'homme. Dict.*, p. 207.

(2) *Mémoires de l'Acad. de Turin,* 1805 à 1808, p. XCIII de la *Notice des travaux.*

(3) Brown-Sequard (*System of Survery.* Holmes vol. IV, *Plaies des nerfs*, London, 1870.

(4) Marchal de Calvi, *Sur le siège anatomique de la rage.* (*Tribune médicale*, 1869.)

(5) Di Vestea et Zagari, *Compte rendu d'un an d'observations et d'expériences sur la Rage et sur la methode de cure préventive de Pasteur au Laboratoire de Clinique de Cantani.* (*Giorn. interna. delle scienze, mediche*, 1887, n° 8 et 9.)

pratiqué l'inoculation directe du virus dans l'intimité des nerfs et démontré que c'est un procédé d'infection tout aussi sûr que l'inoculation intra-crânienne, pourvu que le virus soit porté au centre même des faisceaux nerveux. La propagation se fait sûrement par le nerf, parce que la section de celui-ci et la cautérisation de la surface de son bout périphérique arrête souvent l'évolution de la maladie et la retarde toujours. De plus, les phénomènes de parésie se montrent au début de l'infection spinale, exclusivement dans la région où aboutit le nerf inoculé, et cette région même est virulente avant le reste de la moelle. Bien mieux, les auteurs italiens affirment avoir obtenu par l'inoculation dans le pneumo-gastrique une forme spéciale de rage à type bulbaire. C'est bien ici le lieu de rappeler que Wagner et Krukenberg avaient signalé l'hyperémie du vague et du grand sympathique.

Le virus rabique peut donc être considéré comme se dirigeant vers les centres plus particulièrement par les espaces lymphatiques intra-nerveux. Remontant ainsi vers la moelle épinière, ou la moelle allongée, il rencontre nécessairement sur son passage les ganglions spinaux, les espaces sous-arachnoïdiens, les racines et surtout les postérieures, plus sensibles à coup sûr que les antérieures.

Quel genre d'inflammation ce virus engendre-t-il dans la moelle, où il pénètre après un temps plus ou moins long? Rien autre chose qu'une inflammation presque identique à celle produite dans les centres nerveux par la plupart des agents d'infection et, plus spécialement, par le virus diphtérique.

Dans les centres nerveux les anciens auteurs avaient signalé l'hyperémie, la congestion et même des hémorragies punctiformes. D'après Bénédikt, Meynert aurait un des premiers décrit dans les centres nerveux des rabiques une véritable prolifération nucléaire; toutefois, les premières descriptions vraiment complètes des altérations observées dans les ganglions spinaux, et dans les centres nerveux des rabiques sont dues à Nepveu, 1872 (1), à

(1) Nepveu, *Un cas de rage*. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1872, p. 132.)

Benedikt[1] lui-même (1874), à Kolesnikoff[2] (1875), à Balzer[3] et à Gowers[4].

L'observation de Nepveu est d'une importance capitale, car elle comprend l'exposé des lésions observées dans le ganglion de Gasser et dans le bulbe d'un homme mort de la rage après avoir été mordu au front, au nez, et à la commissure labiale. Après les recherches de Rossi et les théories de Brown-Séquard, il était indiqué d'examiner les ganglions de Gasser. M. Nepveu n'y a pas manqué, et les lésions qu'il décrit, de tous points conformes à celles qu'ont retrouvées plus tard dans les ganglions spinaux M. Van Gehuchten et Nélis[5], enlèvent aux descriptions de ces auteurs une bonne partie de leur nouveauté.

Voici d'ailleurs le texte même de M. Nepveu : « Le tronc nerveux (Trijumeau) comme le ganglion lui-même est fortement congestionné ; tous les vaisseaux sont bourrés de globules sanguins. En outre, le tronc nerveux présente sur des coupes transversales des *cellules blanches incolores, rondes ou ovales*. Ce même phénomène se continue sur le ganglion entre les cellules ganglionnaires; on voit en effet les mêmes cellules blanches incolores, toujours arrondies, en tout semblables aux éléments blancs du sang, en nombre assez considérable, elles accompagnent les capillaires toujours fortement injectés et les filets nerveux qu'elles séparent. Ces cellules se retrouvent en grand nombre autour des cellules ganglionnaires, douze, seize, et même davantage. Quelques-unes sont probablement des cellules épithélioïdes de la capsule des cellules ganglionnaires, mais leur volume est aussi très augmenté. La présence de ces cellules diverses a modifié la forme des cellules ganglionnaires. Sous l'influence de la compression elles prennent un aspect déchiqueté, d'autres

(1) Benedikt, *Wiener, Medic. Presse*, 1874, 20, 27 ; Benedikt, *Virchow's Archiv.* 1875, Bd 64 ; Benedikt, *Virchow's Archiv.*, 1878, Bd 72.

(2) Kolesnikoff, *Centralblatt. fur die. med*, Wiss. 1875, p. 823. *Virchow's Archiv.*, 1881, Bd 85.

(3) Balzer, *Lésions cérébrales et bulbaires de la rage.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 1875, p. 276.)

(4) Gowers, *The pathological anatomy of hydrophobia.* (*Anatom. pathol., transactions*, 1877.)

(5) *Les lésions histologiques de la rage chez les animaux et chez l'homme*, par MM. Van Gehuchten et C. Nelis. (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 1900, p. 31, IVe série, t. XIX.)

s'aplatissent dans un sens et s'allongent dans un autre, d'autres encore se rapetissent régulièrement dans tous les sens et n'offrent qu'un contour ondulé, quelques-unes d'entre elles sont très granuleuses. Leur matière colorante a disparu.

Les altérations des cellules sont très variables ; ici une cellule est entièrement saine, et de chaque côté l'on trouve des cellules ganglionnaires tellement entourées de cellules blanches qu'on voit à peine la cellule primitive ou que l'espace entre chacune d'elles est double ou triple de ce qu'il doit être.

En quelques points rares, les cellules blanches incolores sont réunies en foyers, le plus souvent elles sont diffuses dans tout le ganglion. »

Telle est la description de Nepveu, première en date sans contestation possible, et où se retrouvent en germes toutes les descriptions futures.

De son côté, Benedikt décrivit dans les centres nerveux des rabiques la diapédèse des globules blancs formant des noyaux autour des vaisseaux sanguins et insista sur la forme miliaire des foyers pathologiques, foyers d'inflammation vraie revus par Coats. Il reconnut parallèlement des foyers de désintégration dont l'existence est très possible dans un tissu dont beaucoup de petits vaisseaux sont oblitérés par des thromboses.

Kolesnikoff fait à peu de choses près les mêmes constatations, mais il insiste, avec plus de netteté, sur la présence de nombreux globules blancs dans les espaces périvasculaires. Il admet en outre une véritable prolifération des éléments fixes des parois vasculaires et surtout décrit dans des ganglions intervertébraux et sympathiques des altérations plus intenses encore. Comme Nepveu, il voit des cellules nerveuses entourées d'éléments arrondis dont quelques-uns les pénètrent.

Quant aux altérations propres aux neurones des centres, elles ont été vues et décrites par Balzer, avec une technique qui, pour ne pas être à la dernière mode, n'en donnait pas moins des résultats que les procédés tinctoriaux d'aujourd'hui ne fournissent pas toujours.

Immédiatement après ces travaux révélateurs, viennent les recherches de Gowers, qui précise et confirme les résultats acquis, et cela de telle sorte, qu'à partir de cette époque les auteurs n'ont

fait que répéter ce qu'avaient dit leurs devanciers. Par esprit de justice je crois nécessaire de citer textuellement les descriptions de Gowers, que la plupart des histologistes semblent n'avoir jamais lues. On y verra que, contrairement à l'affirmation de Van Gehuchten, Gowers a vu quelque chose de plus que des accumulations cellulaires périvasculaires dans les différentes régions du névraxe.

« Dans trois cas, dit-il, les veines présentaient des agrégations de petites cellules dans l'intérieur des gaines périvasculaires. Ces cellules, leucocytes émigrés, formaient une ou plusieurs couches et se groupaient en masse assez compacte pour comprimer le vaisseau qu'elles entouraient. Dans quelques circonstances elles s'étaient étendues au-delà de la gaine périvasculaire et avaient infiltré le tissu adjacent. On pouvait voir çà et là, une infiltration locale diffuse de semblables cellules dans une petite aire du tissu et dans le centre de l'aire une petite veine dilatée sans gaine lymphatique. Ailleurs, il y avait des infiltrations d'une plus grande étendue, spécialement dans le voisinage du noyau de l'hypoglosse. Dans la première observation, entre lui et le noyau du pneumogastrique du côté droit, un espace d'une certaine grandeur était le siège d'une infiltration très compacte de même nature... Les zones ainsi altérées correspondaient au processus appelé : « abcès miliaire » (1).

Les cellules nerveuses elles-mêmes présentaient relativement peu d'altérations. Beaucoup d'entre elles avaient un aspect granuleux plus marqué dans certaines cellules que dans d'autres situées tout auprès, par conséquent cet état n'était pas dû tout à fait à des altérations *post mortem*. D'autres cellules étaient comme gonflées.

Au-dessus de la décussation des pyramides les altérations devenaient beaucoup plus marquées. Les noyaux de l'hypoglosse et *du vague* contenaient beaucoup de vaisseaux dont les parois étaient farcies (crammed) de cellules. Au-dessus de la pointe du *calamus scriptorius*, ces altérations devenaient encore plus marquées et dans deux des cas on put observer dans les veines des caillots *ante mortem* et dans le tissu nerveux « des abcès miliaires ».

(1) Fig. 5 (cas 1), fig. 6 (cas 3), fig. 7 (cas 3) du mémoire.

La région où les lésions étaient le plus intenses correspond à celle dans laquelle la physiologie expérimentale a localisé le *centre respiratoire du bulbe*. Il est intéressant de remarquer que les paroxysmes de spasmes qui constituent le trait principal de la maladie avancée, sont des paroxysmes de spasme respiratoire.

Il n'y a certainement dans ces caractères histologiques des lésions rien qui puisse être regardé comme spécifique de la maladie. La collection de cellules dans les gaines périvasculaires a été observée dans d'autres maladies et constituait le trait le plus remarquable dans un cas de chorée du chien dernièrement mis sous les yeux de la Société médicale et chirurgicale par M. Sankey et moi-même. Mais la distribution de ces lésions, leur intensité dans la région inférieure du bulbe et dans le voisinage de certains noyaux nerveux, tout cela est, je le dis très prudemment (*as far as I am aware*), particulier à la maladie et constitue un caractère anatomique distinctif... et tel que, dans trois cas sur quatre, la maladie aurait pu être reconnue par l'examen microscopique des centres nerveux.

Si nous ajoutons que dans l'observation I, M. Gowers note qu'une infiltration moins étendue se montrait au niveau de l'hypoglosse, *les corpuscules ronds entourant et cachant les cellules nerveuses*, il est aisé de comprendre qu'à partir de 1877, l'histologie pathologique de la rage était assez bien connue pour que les auteurs qui ont écrit depuis n'aient rien fait que répéter ou s'assimiler les descriptions d'autrui. Je n'en excepte pas celles que j'ai données moi même dans mes leçons (1886-1887) et dont les résultats sont consignés dans la thèse de mon élève M. Rieaux (1) et dans une leçon publiée dans la *Province médicale* (2), mais il ne m'est pas interdit de rappeler que, dès 1876, j'avais présenté à la Société de Biologie la description suivante des lésions observées par moi dans un cas de paralysie diphtéritique à terminaison bulbaire. Je cite le texte même afin qu'on puisse comparer avec celle des altérations rabiques, cette description des lésions nerveuses d'une maladie qui n'est pas moins infectieuse

(1) Rieaux, *La rage au point de vue psychologique*. Thèse de Lyon, août 1888.
(2) Pierret, *La rage au point de vue psychologique* (*Province médicale*).

que la rage elle-même, et dont la propagation vers les centres se fait probablement de la même façon.

« La lésion principale et celle d'où paraissent découler toutes les autres, me semble être une méningite diphtéritique. » Cette méningite se montre partout, sur le bulbe comme sur la moelle, en avant comme en arrière; mais il n'y a aucun ordre dans sa distribution, il existe même des points complètement respectés. Il me paraît qu'elle a pour point de départ l'arachnoïde et se propage le long des racines nerveuses jusqu'aux ganglions qu'elle intéresse et descend probablement plus ou moins loin. suivant les cas, dans les gaines des nerfs périphériques... J'ai cherché ce qu'étaient devenues les racines nerveuses antérieures et postérieures au milieu de cette méningite, et dans certaines coupes heureuses, j'ai pu voir que de nombreux leucocytes s'étaient infiltrés dans les espaces qui séparent les faisceaux de tubes nerveux. D'un autre côté, ayant recherché l'état d'un ganglion sur un petit morceau qui avait été conservé sur une racine de la région lombaire (1), je l'ai trouvé complètement infiltré de leucocytes. »

Quant aux vaisseaux, outre que *les parois étaient épaissies* et renfermaient encore des leucocytes arrêtés dans la paroi, il n'y avait peut-être pas une seule veinule qui ne fût oblitérée. Le calibre des vaisseaux étaient rempli par un caillot dont les couches externes étaient constituées presque uniquement par des leucocytes agglomérés, tandis que la partie centrale était formée de globules rouges. J'ai examiné bien des moelles sans jamais rien voir de semblable, même dans les cas de méningite cérébro-spinale. Dans quelques artérioles j'ai pu retrouver des oblitérations du même genre.

Poursuivant les vaisseaux dans l'intérieur de la moelle et du bulbe, j'ai pu m'assurer que leur gaine était absolument gorgée de leucocytes tellement nombreux, dans certains points, que le cours du sang devait en être gêné. Cet aspect se voyait très bien dans la gaine lymphatique des artérioles qui se rendent aux noyaux inférieurs du bulbe. En outre, au niveau du bec du calamus, point où se rencontrent les noyaux du spinal et du pneumo-gastrique,

(1) Le malade avait de la faiblesse d'un membre.

on observait une sorte de ramollissement, probablement ischémique qui intéressait la partie inférieure de ces noyaux ganglionnaires. La substance bulbaire désagrégée contenait des globules rouges accumulés par petits foyers, des leucocytes disséminés dans la substance ou groupés autour des vaisseaux et une substance granuleuse qui paraissait être de la graisse (1).

C'est grâce à ces recherches comparées sur l'histologie pathologique des myélites infectieuses, dans la syphilis, la rage, la diphtérie, la tuberculose, et la maladie des jeunes chiens que j'ai pu rattacher les lésions dites rabiques, à l'infection en général, et donner une vue synthétique des caratères histologiques des processus infectieux quand ils s'attaquent au tissu nerveux.

Dans ma leçon sur la Rage, je m'exprimais ainsi : « L'observation de Balzer datant de 1875, a une valeur très grande, car elle démontre que dans la rage les éléments nerveux eux-mêmes subissent dans le bulbe des altérations qui sont caractérisées par une inflammation interstitielle avec tuméfaction des cellules nerveuses, que Gowers avait déjà vues comme un peu gonflées. Fait des plus importants, les noyaux bulbaires les plus malades dans le plus grand nombre des observations publiées à cette époque, portent sur les noyaux sensoriels, ou mixtes, principalement le pneumo-gastrique. »

A ce dernier point de vue, viennent en 1878 les discussions un peu théoriques de Putnam (2) et de Curtis (3), discussions qui nous intéressent au moins en ce sens que les deux auteurs admettent les lésions bulbaires, et que le dernier recherchant la physiologie pathologique de la crise hydrophobique, la considère comme une apnée paralytique imputable à une paralysie temporaire plus ou moins complète du centre respiratoire par excitation du nerf vague due elle-même à des *impressions périphériques*. Cette théorie a été retrouvée et retouchée depuis par M. Nélis et Van Gehuchten.

En 1879, Weeler affirme nettement que les lésions de la rage se localisent dans les centres nerveux sous forme d'une inflammation

(1) Pierret, *Société de biologie*, 1876, et P. Sainclair, *Contribution à l'étude de la pathogénie des paralysies diphtéritiques*, Thèse de Lyon, 1880, p. 41 et suiv.

(2) Putnam, *The physiological pathology of the hydrophobia paroxysm*, Boston M. et I. 1878.

(3) Curtis, *The Boston M. et S. I.* Thursday, 7 novembre 1878. A case of hydrophobia with remarks on the pathological physiology of the disease.

qui longe l'appareil vasculaire. Cette inflammation se traduit par une exsudation périvasculaire et par une infiltration d'éléments lymphoïdes dans le tissu ambiant et Weller ajoute que cette inflammat on intéresse tout particulièrement le bulbe au niveau des noyaux du glosso-pharyngien, du vague et de l'accessoire.

Huguenin, Wittacker vers 1880, trouvent la substance grise malade surtout dans la moelle. Le canal central est rempli de corpuscules blancs, les veines sont dilatées, leurs parois épaissies et entourées d'une exsudation considérable de leucocytes venus du sang.

C'est aussi ce que nous avons vu M. Mathis et moi, mais il n'y a rien là de bien nouveau, si ce n'est toutefois la participation du canal central au processus inflammatoire, lésion décrite dès 1871 par mon ami le Dr Michaud (1) dans le tétanos, maladie infectieuse, qui n'est pas sans analogie avec la rage comme l'avait déjà soupçonné Coats (2), qui lui aussi avait vu et décrit des foyers miliaires d'inflammation, formés par des cellules lymphatiques accumulées autour des vaisseaux et aussi des cellules nerveuses.

Weller, en 1879, fait les mêmes constatations que ses prédécesseurs, et en 1881, Kolesnikoff reprend ses études antérieures et les complète en décrivant une altération inflammatoire des vaisseaux sanguins caractérisée :

1° Par une prolifération des cellules endothéliales ;

2° Une prolifération du tissu conjonctif de la tunique externe, infiltrée en outre par les éléments lymphoïdes ;

3° Une accumulation des mêmes éléments entre la tunique externe et la moyenne ;

4° Une infiltration de même nature dans l'épaisseur de la tunique moyenne dont les éléments musculaires prolifèrent. Ces lésions sont d'abord nodulaires (3).

Viennent alors, mais trop tard, les recherches de M. Babès, datant de 1887, et par lesquelles sont confirmées toutes les descriptions antérieures. M. Babès ajoute que « les lésions les

(1) Michaud, *Archives de Physiologie*, 1871.

(2) Coats, *On the pathology of Tetanus and hydrophobia.*, *Brit. M. S.* London, 1877. Veller, *Arch. für Psychiatrie.*

(3) Kolesnikoff, *Virchow's Archiv.*, 1888, p. 445; Babès (*Virchow's archiv.* t. 110 1887) et Babès, *Sur certains caractères des lésions histologiques de la Rage* (*Annales de l'Institut Pasteur*, avril, 1892, no 4, p. 216.)

plus constantes, sont de nature microscopiques : elles se trouvent surtout dans la substance grise qui entoure le canal cérébro-spinal, et dans les noyaux moteurs du bulbe et de la moelle.

Ce résultat, conforme aux vues de Bénédikt, est d'ailleurs tout à fait contraire aux constatations faites par la plupart des auteurs. Il admet en outre qu'au nombre des lésions décrites par lui dans les cellules nerveuses, il faut noter des signes de prolifération expliquant la présence de plusieurs petites cellules au lieu d'une grande. (Pl. VIII, fig. 1 et 4). Ce dernier point est plus que douteux. Somme toute, la caractéristique de la rage serait fournie pour M. Babès par l'existence de petits foyers embryonnaires bien nets autour d'une seule cellule d'origine motrice ou d'un très petit groupe de cellules provenant probablement de la multiplication d'une seule cellule (Pl. VIII, fig. 1). Malheureusement, quand on se reporte à la planche indiquée, on se trouve en face d'une cellule unique dont le noyau revêt une forme qui ferait songer à la karyokinèse, si les phases intermédiaires ne faisaient totalement défaut. Je dois dire que je n'ai jamais vu, dans aucune inflammation aiguë ou chronique du système nerveux, le noyau présenter des signes certains de karyokinèse. En revanche, je l'ai vu se déplacer vers la périphérie, et c'est en 1875, dans un mémoire publié dans la Revue mensuelle [1] que j'ai décrit cette migration du noyau dont la description a depuis été attribuée à Lugaro ou à d'autres auteurs. Après l'émigration du noyau, le protoplasma de la cellule est pénétré par les éléments migrateurs venus du sang, ou par des éléments un peu différents, mononucléaires, et dont un assez grand nombre m'ont toujours paru dériver de la névroglie dont les cellules prolifèrent d'une façon peu douteuse.

En somme, les travaux de M. Babès ont eu pour principal résultat qu'on lui attribue sous le nom de nodules de Babès la découverte des foyers miliaires de leucocytes décrits bien avant lui par d'autres auteurs, et qui se rencontrent d'ailleurs à des degrés divers dans bon nombre de myélites ou d'encéphalites infectieuses, entre autres certaines formes de paralysie générale à marche aiguë.

(1) A. Pierret, *Note sur un cas d'atrophie musculaire caractérisée au début par de la rétropulsion irrésistible* (*Revue mensuelle de Médecine et Chirurgie*, 1875).

M. Babès paraît d'ailleurs penser que ces nodules renferment un élément spécifique, principal facteur de la virulence. Il se peut qu'il en soit ainsi, mais la preuve n'en peut être fournie, tant qu'on ne connaîtra pas le ou les microbes de la rage, si toutefois il en existe. Les descriptions des différents auteurs visant l'existence d'un organisme ou même de granulations spécifiques, laissent en effet beaucoup à désirer.

Il y a donc, encore aujourd'hui, bien peu de choses à changer au résumé de la question tel que je l'ai donné en 1886-87, dans les leçons que j'ai faites sur la rage à la Faculté de Médecine de Lyon. « En somme, disais-je, tous les auteurs s'accordent à reconnaître dans l'intimité du système nerveux, des lésions exsudatives et parenchymateuses à localisation médullaire, bulbaire, cérébrale. Laissez-moi vous faire remarquer en passant, que ces lésions de myélite et d'encéphalite miliaire périvasculaire, avec altérations fréquentes des cellules nerveuses, sont exactement les mêmes que celles décrites par Œrtel et par moi-même dans la diphtérie, lésions que j'ai revues dans la syphilis, la tuberculose, la chorée des jeunes chiens [1], en un mot, dans la plupart des maladies infectieuses. Exsudations interstitielles et périvasculaires de leucocytes et quelquefois de globules rouges, foyers *miliaires et granuleux* d'inflammation microbienne dans les centres et peut-être dans les gaines lamelleuses des nerfs, tels sont les caractères que vous retrouverez toujours à des degrés divers dans toutes les maladies d'infection. » Et j'ajoutais : « Retenez aussi ce point de localisation générale : que, (dans la rage) les altérations inflammatoires ont une tendance marquée à prédominer du côté des ganglions sensitifs ou sensoriels du bulbe [2] ».

Il semblait que tout était dit et qu'il ne restait plus qu'à rechercher si oui ou non la rage est due à un microbe spécifique, et quel est ce microbe, mais une polémique s'est élevée dans les dernières années, motivée par les recherches de M. Van Gehuch-

(1) A. Pierret, *Anatomie pathologique de la chorée* (*mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon, 1883*); A. Foucherad, *Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de la chorée*, Th. de Lyon, 1883, C. Mamonoff, *Contribution à l'étude des chorées d'origine infectieuse*, Thèse de Lyon, 1901.

(2) A. Pierret, *La rage au point de vue psychologique* (*Province Médicale*, 1891); Ch. Taty, *Rage des rues : lésions de la moelle cervicale. Photographie en couleur. Congrès Intern.*, Paris, 1900.

ten ([1]) et de ses élèves. Le savant anatomiste de Louvain ayant reconnu, non le premier, que, dans la rage, les ganglions intervertébraux sont le siège d'une altération inflammatoire, qu'il juge caractéristique, a prétendu qu'on pouvait, par le seul examen histologique de ces ganglions, décider si l'animal mordeur était enragé ou non. Que les ganglions spinaux sympathiques ou mieux les ganglions du pneumogastrique puissent être malades dans la rage comme dans plusieurs autres maladies infectieuses, c'est ce que l'on savait déjà, mais que cette altération soit assez constante et assez caractéristique pour permettre toujours un diagnostic rétrospectif sans appel, c'est ce qui a été contesté par plusieurs auteurs, notamment par MM. Nocart, Pilliet et Vallet de Montpellier, et même par M. Babès qui s'en tient aux nodules qu'il croit avoir découverts.

D'un autre côté, MM. Anglade et Chocreux sont convaincus de la possibilité de faire un diagnostic histologique précoce de la rage du chien mordeur, par le seul examen de ce qui se passe autour des vaisseaux, notamment dans le bulbe ([2]). Or, de l'aveu même de MM. Anglade et Chocreux, si l'aspect de la lésion est évidemment très particulier et si l'on est tout de suite tenté de le dire caractéristique : « De fait, il est assez banal et ne se distingue « que par son exagération. A des degrés moindres, il se rencontre « dans les maladies infectieuses qui, chez l'homme ou les ani- « maux, s'attaquent au système nerveux. Nous en avons vu une « ébauche dans les centres d'un chien mort paralysé au cours de « la maladie dite « du jeune âge » et ils ajoutent : « Nous recon- « naissons là ce qui se passe dans l'état du mal épileptique ou « éclamptique, dans quelques formes de tuberculose du système « nerveux dans la paralysie générale. »

Si tous les auteurs qui précèdent s'étaient donné la peine de chercher dans les thèses de Lyon ou de lire la *Province Médicale*,

(1) Van Gehuchten, *Les lésions histologiques de la rage chez l'homme et chez les animaux* (*Bulletin de l'Acad. royale de Belgique*, *1900*). *Diagnostic histologique de la rage.* (*Presse médicale*, *1900*). Nocard, Diagnostic de la rage du Chien, *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 17 avril 1900. Babès, *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 10 avril 1900, et Diagnostic rapide de la rage du chien mordeur, *Revue médicale*, 1900, p. 20-21.

(2) *La réaction de la névroglie en présence du virus rabique chez le chien*, par MM. Anglade et Chocreux d'Alençon. *Comptes-rendus de la Société de Biologie*, 30 mai 1902, p. 375.

ils auraient pu voir que ces conclusions étaient depuis longtemps les miennes, et que j'avais, le premier, en France, après Gowers en Angleterre, décrit la myélite infectieuse des jeunes chiens que j'assimilais à la paralysie infantile de l'être humain, bien avant que M. Pierre Marie songeât à prophétiser que les temps viendraient où la nature infectieuse de la *paralysie infantile* serait pleinement reconnue (1).

Il résulte, en effet, de toutes ces descriptions que la rage présente tous les signes histologiques des inflammations infectieuses du système nerveux, ce qui pouvait être deviné sans peine ; mais que si l'histologie permet d'affirmer l'infection, et si dans certains cas elle permet de reconnaître le plus ou moins d'acuité du processus, elle ne dit rien de plus. J'ajoute que c'est déjà beaucoup. Pour les vétérinaires, notamment, la seule confusion possible se ferait avec la maladie des jeunes chiens qui, à mon avis, n'est pas sans avoir quelque lointaine parenté avec la rage ; mais cette maladie infectieuse ne frappe guère que les jeunes animaux, en sorte que, si les signes de réaction inflammatoire bulbaire et ganglionnaire sont constatés chez les chiens adultes, il est à peu près sûr que le chien était enragé. Pourtant, il ne faudra pas oublier que certains chiens de grande race peuvent prendre la maladie très tard, souvent à 15 ou 18 mois, comme j'en ai vu des exemples. D'ailleurs, la maladie des jeunes chiens est, je le répète, une maladie microbienne due à un diplococcus décrit depuis très longtemps et qui n'est peut-être pas sans relations avec les microbes supposés rabiques de plusieurs auteurs (2).

D'ailleurs MM. Van Gehuchten et Nélis ne se sont pas bornés à rechercher un critérium histologique de la rage des rues, ils ont aussi tenté de fixer, au moins sur certains points, la physiologie pathologique des symptômes rabiques.

C'est ici que je me vois forcé de plaider pro domo, non pas au point de vue anatomo-pathologique puisque mes recherches n'ont

(1) Foucherand, *Contribution à l'étude de la Physiologie pathologique de la Chorée.* Thèse de Lyon, 1883. Société d'anthropologie de Lyon. Pierret, *loco citato* (*Société des sciences médicales*, Lyon, nov. 1887, Belous). *Etude sur les phénomènes morbides liés à l'action exercée par les maladies infectieuses sur les centres nerveux.* Thèse de Lyon, 1888.

(2) Taty et Jacquin, *Maladie du jeune chien. Paralysie infantile et Chorée. Lésions microbiennes du S. N. C.* (*Lyon médical*, 1898).

fait que confirmer celles de Nepveu, Bénédikt, Kolesnikoff et Gowers, mais à celui de l'interprétation des symptômes de la rage, et je ne puis que regretter à nouveau que les auteurs belges aient ignoré l'existence des travaux lyonnais.

Voici en effet une série de citations que j'extrais de la thèse de mon élève Rieaux, tout entière fondée sur la prédominance de l'irritation rabique dans la sphère sensitivo sensorielle. « En suivant l'ordre chronologique, on signale les douleurs du début que la plupart des auteurs attribuent à des phénomènes de névrite. M. Brown-Séquard semble voir là le début d'une affection du système nerveux. Il invoque la névrite ascendante pour expliquer la marche du processus rabique vers les centres. »

Ajoutons quelques mots sur les symptômes dépendant du système sensitif. « Les centres sensitifs sont profondément atteints, il y a une hypéresthésie cutanée intense, le moindre attouchement devient désagréable, les sentiments sont aussi exagérés, l'irascibilité est très grande... Les centres sensitifs sont tellement irrités que les malades deviennent très impressionnables au froid. Le plus léger courant d'air fait naître des frissons sur toute l'étendue de la peau ; enfin, on constate dans quelques cas chez les animaux, des démangeaisons plus ou moins vives sur certains points, au nez, aux pattes, aux oreilles, à la queue.

Les démangeaisons sont quelquefois si vives qu'ils se grattent continuellement et se mordent. L'excitation du système sensitif va jusqu'à faire naître et entretenir chez les malades, je ne dis pas seulement humains, car on pourrait invoquer l'hérédité psychopathologique, mais chez les animaux eux-mêmes, une véritable folie hallucinatoire. »

Et ailleurs : « Ces troubles (les sensitifs) constituent la première phase de la maladie. Le délire existe déjà mais sans réaction motrice. Or les centres moteurs sont excités de plusieurs façons ; d'abord, parce qu'ils n'échappent pas aux altérations anatomiques qui envahissent les autres centres ; en second lieu, parce qu'ils sont constamment irrités par les phénomènes sensitifs exagérés qui résultent de l'altération des zones sensitivo-sensorielles. Cette irritation devient bientôt telle, que la conscience, momentanément annihilée, permet le développement de véritables accès impulsifs...

« L'accès, lorsqu'il est très grave, peut entraîner la mort de l'animal, mais le plus souvent cette rage furieuse épuise profondément le système nerveux, anéantit, après les avoir exagérées, toutes les réactions de ce dernier, et la mort survient. La Rage n'agit pas autrement en cela que le délire aigu, c'est le délire aigu rabique.

On voit alors apparaître du strabisme, la paralysie envahit progressivement les masséters, le pharynx ; la conséquence de ces lésions est la dysphagie, puis on observe des phénomènes paralytiques, surtout dans le train postérieur, mais on peut les observer aussi dans d'autres régions et la mort arrive au bout de peu de temps. » Et je conclus, page 45, de la façon suivante : « En somme, dans la rage, nous voyons les altérations des ganglions sensitifs prédominer, elles expliquent les phénomènes sensoriels, psychiques et enfin moteurs qu'on observe dans cette terrible maladie. » Et comme j'avais l'intention de démontrer que la rage est une sorte de folie expérimentale, les conclusions de la thèse se terminent par cette phrase : « L'altération inflammatoire du système sensitif explique la plupart des phénomènes de la rage [1].



Ce n'est donc pas sans un certain étonnement que j'ai vu féliciter en Belgique M. Nélis d'avoir été le premier à saisir ce fait que la rage est une maladie infectieuse à détermination élective sur la partie sensitive du système. Ce sont là des faits que les élèves de Lyon connaissent depuis de longues années.

D'ailleurs, cette affirmation elle-même n'est pas strictement exacte. Il est bien vrai que le virus rabique, comme celui ou ceux qui créent le Tabes chez des sujets prédisposés, a de grandes affinités pour les dépendances centrales ou périphériques du système centripète, mais il ne s'y cantonne pas. Comme l'avait affirmé Pokotiloff dès 1875 et comme l'ont expérimentalement prouvé Pasteur et Roux, « tout le système nerveux du centre à la périphérie est susceptible de cultiver le virus rabique. »

Cette « dissémination des lésions rabiques dans tout le système nerveux central » [2] n'est pas un fait anodin et banal, comme

(1) Rieaux, *La rage au point de vue psychologique.* Thèse de Lyon, août 1888.

(2) *Etudes cliniques et anatomiques sur trois cas de rage humaine*, par J. Paviot et Ch. Lesieur (*Journal de Physiologie et de Pathologie gen.* N° 4, juillet 1902.)

l'affirment un peu légèrement MM. Van Gehuchten et Nélis [1], mais un fait capital, marquant la généralisation d'un processus infectieux et tenant sous sa dépendance une bonne partie des symptômes de la rage confirmée : tableau clinique qui, pour avoir une dominante sensitivo-sensorielle, se complique de troubles moteurs, vaso-moteurs et psychiques qui ne sont pas tous d'ordre réflexe. Que l'hyperesthésie du Trijumeau, d'où dérive le curieux symptôme de l'hydrophobie, puisse être imputée à une tuméfaction inflammatoire des cellules bulbaires du Trijumeau, comme je l'ai vu ; que des phénomènes d'hypersthénie ou d'hyposthésie sensitive dans le tronc ou dans les membres se trouvent liés aux altérations des cornes postérieures décrites par Sabrazès et Chabannes [2] ou à celles des colonnes de Clarke [3], ces homologues médullaires des noyaux bulbaires du Trijumeau, c'est ce que je considère comme vraisemblable ; mais, que la totalité des signes de la rage soit due aux lésions des seuls ganglions spinaux ou analogues, c'est ce que personne ne peut accepter, surtout si l'on considère que les ganglions de cet ordre sont à peu près toujours malades chez les tabétiques et que cependant rien ne ressemble moins à la rage que le Tabes.

Voyons maintenant ce qu'est la rage, au point de vue symptomatique, d'abord chez le chien, puis chez l'homme.

Après une incubation plus ou moins longue, le chien mordu devient triste, son poil se redresse, il prend mauvaise allure. Taciturne, inquiet et susceptible tout à la fois, il ne peut rester en place, se couche, se relève et recommence sans cesse à faire son lit sans parvenir à s'y reposer. Il parcourt sa niche dans tous les sens et souvent flaire le sol comme s'il goûtait une piste. Son étrange aspect témoigne des tourments et de l'anxiété profonde auxquels il est en proie.

Le caractère subit des modifications très sensibles : le chien ne recherche plus les caresses de son maître et montre plutôt une tendance marquée à les éviter ; on note pourtant, mais rarement, une tendresse exagérée.

(1) Van Gehuchten et Nélis, *Bulletin de l'Acad. de Médecine de Belgique*, 1900, p. 53.
(2) Sabrazès et Chabannes, *Nouv. Iconographie Phot. de la Salpêtrière*, 1898. Note sur lésions des cellules nerveuses de la moelle dans la rage humaine.
(3) S. Tehernischoff, Moscou, nov. 1898.

Le début de la rage est donc annoncé chez le chien par de la mélancolie, de l'insomnie, quelquefois par de l'irascibilité, d'autres fois par une véritable exagération des sentiments affectifs.

La sensibilité générale est notablement exagérée. On voit l'animal se gratter sans cesse le nez, les oreilles, la queue, et changer de place pour échapper aux démangeaisons qui le tourmentent et le poursuivent. Ces démangeaisons sont quelquefois si vives, dit M. Galtier, auquel je fais de nombreux emprunts, « Que les animaux se mordent à s'emporter la chair. » La région mordue devient bientôt le siège d'une douleur intense. Sous l'action du moindre courant d'air, on voit des frissons parcourir toute l'étendue de la peau de l'animal.

Cette hyperesthésie cutanée s'émousse bientôt et fait place à de l'anesthésie.

Les sens spéciaux, l'ouïe entre autres, sont atteints de même façon. J'ai eu l'occasion d'étudier une chienne courante qui avait été mordue au flanc et soignée par un sorcier du Forez. L'animal chassait encore, mais par caprice. Souvent elle s'arrêtait dans sa quête pour se recourber en arc, et considérer un instant sa morsure. Alors elle repartait.

D'une timidité extraordinaire, elle regardait tout le monde avec des yeux inquiets dont les pupilles étaient fortement dilatées. Le moindre bruit la faisait fuir, et le coup de fusil, qu'elle aimait avant l'accident, la rendait absolument folle. Elle se sauvait alors très loin du chasseur, oubliant le gibier sur place, et ne revenait qu'à la longue avec les allures d'un chien battu. Elle mourut de rage paralytique.

A l'hyperesthésie succèdent les hallucinations. Les gestes, les différentes attitudes du chien traduisent les hallucinations diverses et multiples dont il est le jouet ; « l'animal semble par moments attentif et demeure immobile, l'œil fixe ; on dirait qu'il est aux aguets et qu'il suit un objet dans l'air ; puis il s'élance brusquement et happe dans le vide comme pour saisir une mouche au vol (Galtier). » Le sens de l'ouïe est exalté et perverti. Les hallucinations de ce sens sont très vives, car si l'on observe l'animal, on le voit prendre par intervalles l'attitude de l'attention auditive, puis s'élancer en hurlant dans la direction de l'ennemi dont il vient d'entendre la voix imaginaire.

Telle est la première phase, celle pendant laquelle les nerfs et les ganglions sensitifs, les régions psycho-sensorielles elles-mêmes sont le siège d'une inflammation qui, exagérant d'abord leur activité, finira par la détruire. Le délire existe déjà, mais sous forme d'accès motivés par des hallucinations.

Voici venir la phase mouvementée : le chien enragé qui va devenir furieux est dominé par un besoin irrésistible de se mouvoir ; il fuit brusquement le logis de son maître, court droit devant lui sans aucun but, donnant un coup de dent à tout ce qu'il rencontre, et de préférence à ses semblables. Il ne s'acharne sur sa victime que si cette dernière lui résiste. C'est un accès impulsif qui peut être de plus ou moins longue durée : certains chiens ont ainsi parcouru cent kilomètres en 24 heures.

L'accès terminé, le chien rentre souvent au logis et se montre encore par instants affectueux, caressant, docile, craintif.

Les accès de rage furieuse se terminent quelquefois brusquement par la mort, mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Cette rage furieuse, véritable délire aigu rabique, entraîne un épuisement nerveux, peut-être toxique, qui se traduit par des paralysies diverses précédant de plus ou moins loin la terminaison finale : strabisme, paralysie des masséters du pharynx (dysphagie), du train postérieur (paraplégie) et d'autres régions encore. « La démarche, dit M. Galtier, devient vacillante, titubante et la station difficile, puis les membres postérieurs deviennent inertes et l'animal ne peut quelquefois se dresser et marcher que du train de devant. »

Les lésions s'étendent, envahissant le bulbe et peut-être même les circonvolutions. La respiration s'embarrasse, la circulation est entravée, la paralysie se généralise, de temps en temps quelques mouvements convulsifs, et l'animal meurt dans le coma avec un abaissement notable de la température.

Cet envahissement graduel des centres nerveux par le virus rabique, M. Pasteur l'a reproduit par l'expérience. L'inoculation du virus rabique par trépanation donne le plus souvent la rage furieuse, la vraie folie rabique, tandis que l'injection sous-cutanée provoque l'apparition de la rage paralytique.

Telle est la rage chez le chien : Diffère-t-elle chez l'homme et celui-ci tire-t-il de son incontestable élévation dans la hiérarchie

animale le privilège de souffrir davantage, ou moins autrement que son fidèle compagnon. Nous allons voir qu'il n'en est rien.

L'homme mordu passe d'abord par une période de mélancolie, c'est le *stadium melancolicum*; il soupire, il est triste et recherche la solitude ; des rêves effrayants troublent son sommeil quand il parvient à dormir ; ces rêves se montrent même chez les sujets qui ne soupçonnent pas la cause de leur mal. Les tempes serrées, la tête douloureuse, il travaille mal et sans goût ; d'ailleurs il se fatigue plus vite que d'ordinaire. Souvent aussi, le malade inquiet cède à un invincible besoin de marcher, il va, vient, quitte son domicile, et éprouve comme une impulsion au vagabondage. L'excitation va plus loin : les sens s'émeuvent, l'œil supporte mal la lumière vive et se détourne des objets brillants ; l'ouïe trop sensible rend douloureuse l'audition de bruits légers. Le sens génital s'exalte et, au point mordu, la cicatrisation devient le siège de sensations diverses, tantôt douloureuses, tantôt simplement pénibles, qui prennent une sorte de caractère d'aura.

Nous sommes au seuil de la deuxième période, la mise en branle de tous les modes de sensibilité précède et annonce les grands actes moteurs. Les cellules motrices des couches corticales, titillées, agacées, soit directement, par les centres sensitifs ou sensoriels enflammés, soit à distance, arrivent au summum de tension, et l'accès rabique éclate, provoqué le plus souvent par une impression sensitive ou psychique. La respiration se trouble, devient irrégulière, et de suite apparaissent les convulsions. Le spasme morbide siège dans les muscles du pharynx, du larynx et constitue le signe le plus commun de la rage humaine, la dysphagie.

Sachant que les lésions rabiques se localisent de préférence dans le bulbe, nous ne nous étonnerons pas de voir le pneumo-spinal intéressé réagir à sa manière. Ne pouvant plus déglutir, le malade évite de boire, il n'avale plus sa salive et crachotte sans cesse comme les maniaques des asiles. La soif le dévore pourtant et il cherche quelquefois à la satisfaire, mais la seule idée de l'eau, le brillant du verre, le bruit de l'eau qui coule, raniment la crise avec son cortège de troubles psychiques et moteurs. Les centres psycho-sensoriels corticaux, violemment excités, dégagent des représentations visuelles erronées : ce sont des visions, des

hallucinations terrifiantes comme chez certains alcooliques, des odeurs fortes. Sous l'influence de ces troubles psychiques, le malade se laisse aller à la crise maniaque qui peut atteindre la fureur et ressemble, à s'y méprendre, au délire aigu dans sa phase active. Toute excitation sensitive, même très légère, provoque et entretient la crise.

Bientôt les accès, séparés d'abord par des intervalles lucides, se répètent, la température centrale s'élève, le pouls est petit, les pupilles se dilatent; voici venir la période du collapsus. La vie des cellules périclite, la sensibilité commence à s'émousser, la vue s'affaiblit, la peau insensible reste couverte de sueurs. Des accès s'annoncent puis avortent, et le malade, rêvassant, meurt sous le coup d'une paralysie généralisée.

Ainsi finit par la paralysie un complexus morbide qui avait débuté par des troubles sensitifs locaux (névrite ascendante de Brown-Séquard) pour conserver pendant la période d'état le caractère de spasmes liés à des incitations maladives, émanant des ganglions sensitifs, siège d'une irritation inflammatoire. Cette association sensitivo-spasmodique se caractérise surtout dans le domaine des nerfs bulbaires, mais elle intéresse aussi la zone psychique, engendrant l'inquiétude d'abord, puis l'impulsion motrice, le délire hallucinatoire et la gesticulation maniaque. Le tout se termine par l'affaissement, l'anéantissement des fonctions cellulaires motrices, sensitives et psychiques.

Telle est la maladie que je voulais faire connaître en m'attachant surtout au côté si attrayant de la psychologie morbide comparée.

La rage est bien un type de maladie mentale, et, sous les divers états qui la caractérisent, elle offre successivement le tableau de la mélancolie précédée d'insomnie et de mal de tête, puis d'un état semi-maniaque plus ou moins impulsif. Après, c'est la manie aiguë ou mieux le délire aigu. Le diagnostic n'est pas toujours très facile si l'on n'est pas renseigné sur les antécédents : n'avons-nous pas vu souvent, et comme pour compléter les causes d'erreur, ce symptôme de l'hydrophobie se montrer dans le cours du délire aigu, celui qui n'est pas caractéristique de la rage. Il est même un auteur, Lorinser, qui nie formellement l'existence de la rage chez l'homme, et ne craint pas d'affirmer

que la rage n'est autre chose qu'une manie. Il a tort sans doute, car l'anatomie pathologique est là pour nous montrer l'inflammation du système nerveux et nous expliquer aisément tous les symptômes observés. La rage est une folie expérimentale, en quelque sorte, et je ne doute pas qu'en étudiant les localisations, on n'arrive à élucider cette périlleuse question de la genèse des hallucinations. Quoi qu'il en soit, les enragés meurent quelquefois dans les asiles. Esquirol en a vu, et il ne paraît pas que le diagnostic différentiel soit toujours établi d'une façon précise.

Je n'oserais même pas affirmer que certains malades dans mon service, avec cet ensemble de symptômes que Brière de Boismont décrivait en 1845 sous le nom de délire aigu hydrophobique, n'étaient pas de véritables enragés. Qui sait si bon nombre de malades décédés dans les hôpitaux ordinaires et considérés comme atteints de la rage vraie, n'étaient pas, en réalité, sous le coup d'un délire aigu infectieux avec symptômes d'hydrophobie.

L'hydrophobie n'est, en fait, que la traduction de l'hyperesthésie oculaire, comme la dysphagie résulte d'un spasme du pharynx. Les délires *aigus*, qui sont, à mon avis, presque toujours de nature infectieuse, peuvent intéresser les noyaux des nerfs comme le virus rabique, et le diagnostic histologique expérimental paraissant plus sûr que le diagnostic histologique, il faut avouer que seule l'inoculation méthodique de parcelles de bulbe recueillies chez des sujets morts en état de mal hydrophobique permettrait de juger la question.

Que dirais-je ? La maladie déclarée est incurable, mais grâce aux immortels travaux de Pasteur, nous avons désormais un moyen d'en arrêter le plus souvent le développement, et, s'il est vrai que les animaux peuvent être rendus d'avance réfractaires, la rage disparaîtra ou deviendra trop rare pour être étudiée avec fruit chez l'être humain. Nous devrons donc nous contenter de l'étudier chez les animaux dans les laboratoires, et nous pourrons conclure du délire de ceux-ci, à celui de l'homme, comme nous le voyons faire tous les jours en physiologie expérimentale pour l'étude de l'action des substances médicamenteuses. Ce serait une belle recherche de psychologie comparée, car la rage est certainement la maladie la plus intéressante peut-être qui existe pour un aliéniste, comme elle l'est pour le physiologiste ou l'hygiéniste.

A nous de savoir profiter de l'occasion qui nous est offerte, pour faire ce que l'on n'a jamais fait jusqu'à présent : des folies expérimentales à substratum anatomique, dont l'étude minutieuse et tenace éclairera d'un jour nouveau les plus obscurs chapitres de la Psychiatrie.

MM. les Drs G. DENY et PAUL CAMUS.

Sur un Cas de Délire Métabolique de la Personnalité lié à des troubles de la Cénesthésie. — « Les délires métaboliques de transformation ou de métamorphose se présentent, dit Séglas, sous différents aspects en rapport avec la nature même des idées délirantes. Le plus ordinairement, le qualificatif de « métabolique » s'applique aux délires dans lesquels tous les faits ou tous les objets du monde extérieur n'ont plus pour le malade la même signification que leur accorde le consensus universel et subissent une transformation qui les met en accord avec les conceptions délirantes..... D'autres fois, le délire métabolique correspond à un changement de la personnalité individuelle du sujet (délire métabolique dans la personnalité) : il se croit autre qu'autrefois, différent du commun des mortels, un être extraordinaire, hors des lois naturelles; et, dans des cas plus accentués, se manifestent des idées de possession démoniaque, de démonomanie. Le délire métabolique de la personnalité peut en intéresser aussi la base organique. Le malade exprime alors des idées de transformation des organes de nature hypocondriaque : il est en bois, en verre, en caoutchouc, etc...; dans des cas plus complets la transformation corporelle est absolue : il se croit changé en animal (zoanthropie), en loup (lycanthropie[1]. » Ces diverses modalités du délire métabolique coexistaient, quoique à des degrés différents, chez le malade dont nous relatons ci-dessous l'histoire. L'étude clinique et analytique que nous en avons faite permet, croyons-nous, de considérer toutes ces modalités délirantes comme relevant d'un même mécanisme pathogénique, très voisin

(1) SÉGLAS, *In Traité de pathologie mentale de Gilbert-Ballet*, p. 269 et 270.

lui-même, quoiqu'un peu élargi peut-être, de celui des psychoses hypocondriaques qui sont à l'ordre du jour du Congrès.

C'est à ce titre que nous présentons cette observation :

M... E..., âgée de 34 ans, modiste, entre pour la première fois à la Salpêtrière (section Rambuteau) au mois de septembre 1904.

Antécédents héréditaires. — *Père*, 61 ans, bien portant, émotif et impressionnable, a souffert de névralgies de 20 à 40 ans, pas de syphilis. *Mère*, 57 ans, bien portante, caractère faible. 5 *enfants* : 3 morts pendant l'accouchement, dont deux jumeaux ; un garçon ayant actuellement 36 ans, bien portant, maître de danse et notre malade.

Antécédents personnels. — Née à terme en 1871, pendant la guerre. Bonne santé dans l'enfance. Intelligente et affectueuse, mais nerveuse et impressionnable. Vers 17 ou 18 ans, aurait eu 3 ou 4 crises convulsives avec sensation de boule et de constriction à la gorge, sans perte de connaissance. Mariée à 21 ans, elle ne reste qu'un an avec son mari. Divorcée, elle mène une existence mouvementée, change de profession, débute dans un café-concert, etc... Au bout de 8 ans, elle retrouve son mari et reprend la vie commune. Elle devient enceinte et accouche il y a 2 ans d'une fille à terme ; mais des discussions très fréquentes se produisent dans le ménage. M... se sépare une seconde fois de son mari, cesse d'allaiter son enfant, devient apathique, inactive, dort mal, se plaint de la tête, se lamente continuellement sur sa situation, se reproche sa conduite, etc.

Ces troubles s'accentuant, M... entre pour la première fois à la Salpêtrière au mois de septembre 1904, avec le certificat suivant : « Aboulie avec confusion dans les idées, troubles de l'attention, idées obsédantes de toutes sortes, accès d'excitation avec angoisse, paroles et gestes incohérents, incapacité de se conduire. »

Dans le service, la malade se montre un peu plus calme et réclame au bout de quelques jours sa sortie, qui lui est accordée sur les instances de sa famille, mais pour y rentrer le 6 octobre ; son anxiété s'est beaucoup accrue et s'accompagne de confusion, d'agitation et de préoccupations hypochondriaques. Elle regrette sa sortie prématurée. « Quand je suis rentrée la première fois à la Salpêtrière, dit-elle, j'étais guérissable ; maintenant je ne le suis plus, je suis perdue, je souffre de la tête, je vais devenir folle. » Elle interroge tout le monde sur son état, pour savoir si elle pourra guérir et de quelle façon ; elle redoute la mort, et la préférerait cependant aux souffrances qu'elle endure.

L'examen somatique révèle un certain degré d'amaigrissement ayant coïncidé avec l'apparition des troubles psychiques. On ne note rien d'anormal du côté des viscères. La sensibilité cutanée est conservée dans tous ses modes, sauf à la douleur, où elle semble un peu diminuée. Pas de zones hystérogènes, pas de troubles des sensibilités spéciales. Légère exagération des réflexes tendineux. Motilité intacte.

Quelques jours après son entrée, la malade, toujours anxieuse, nous dit que son corps n'est plus celui d'une femme, mais d'un chien, qu'elle va devenir enragée, qu'on devrait la conduire à l'Institut Pasteur, etc. Elle pousse des cris rauques, ressemblant à des aboiements, se mord les mains et les genoux. Elle explique cette transformation par la vive impression qu'elle a éprouvée, au début de sa grossesse, à la vue d'un chien écrasé sur la voie publique. « Pendant les douleurs « de l'accouchement, je n'ai pas crié comme une femme, j'ai hurlé, « j'ai aboyé comme un chien. Docteur, je vous le jure, je suis toute « changée, je ne suis plus une femme, mais un chien, mes dents ne « sont plus des dents humaines, l'intérieur de mon corps est complè- « tement changé, c'est un corps de chien ; regardez ma tête, elle n'est « plus la même. Je ne sais plus comment je suis faite. Je souffre trop « de la tête... et cependant j'ai toute ma raison... C'est affreux d'être « ainsi, c'est atroce ce que j'endure, tout se mélange et tout se débat « en moi, je ne mange plus, je ne dors plus. Enfin je ne suis plus moi. »

En *novembre*, la malade, toujours aussi anxieuse, ne parle plus de sa transformation en chien ; mais elle continue à soutenir qu'elle est changée, qu'elle ne se reconnaît plus, que son corps n'est plus le même, que ses membres sont tout autres qu'ils n'étaient : « Tenez, « docteur, mes mains n'ont jamais été ainsi, elles sont plus grandes, « mes pieds aussi ; vous pouvez vous en assurer auprès du médecin « qui m'a accouchée ; faites-le venir, et il vous dira si j'étais une « femme bien faite et non laide comme je suis maintenant. C'est une « fatalité qui m'arrive, je suis un phénomène, je ne suis plus une « femme, c'est affreux, je n'ai pas mérité cela. » Elle se lamente sans cesse et redouble ses plaintes et ses gémissements dès qu'on s'approche d'elle. Cet état anxieux persiste malgré l'usage des petites doses de morphine et des hypnotiques habituels. Pendant quelques jours, la malade manifeste en outre quelques idées d'empoisonnement ; son mari, dit-elle, a dû l'empoisonner pour la punir de l'avoir abandonné. (Peut-être s'agit-il là d'une interprétation de sensations résultant de l'absorption de la morphine).

En *décembre*, la sensation de transformation corporelle est toujours prédominante, la formule délirante seule varie ; M... est maintenant un monstre, un boudha, un taureau : « Mon cou, mes reins, ne sont « plus ceux d'une femme, mais d'un taureau. C'est affreux, c'est une « fatalité, j'étais modiste, j'étais une femme comme tout le monde, « maintenant je suis un mystère. » L'anxiété est extrême, les plaintes et les lamentations ne cessent ni jour ni nuit : M... se frappe la poitrine, s'écorche la figure et les membres, sans pouvoir, dit-elle, se sentir elle-même.

Les bains tièdes prolongés pendant 7 et 8 heures diminuent l'agitation, amènent un calme relatif et procurent quelques heures de sommeil.

En *janvier* 1905, amélioration sensible, l'anxiété a beaucoup diminué, la malade ne crie plus, ne se lamente plus que quand on s'approche de son lit : elle a toujours les mêmes idées de transformation corporelle, mais présente en outre des craintes de tortures, de supplices : « Vous « n'allez pas, dit-elle, me faire souffrir, vous n'allez pas me brûler, « n'est-ce pas, je ne le mérite pas. »

En *février*, la malade est plus calme, elle ne gémit plus que par intervalles, l'anxiété est moins grande, mais la confusion et la désorientation persistent : « Je ne puis me reconnaître, je suis un mystère, « le mystère de l'Incarnation, mon mari est Jésus-Christ, ma mère est « la Vierge. Je suis vieille, très vieille, docteur, ah ! Je ne sais pas « combien j'ai d'années, des milliers d'années peut-être, c'est affreux. »

En même temps, elle manifeste quelques idées de culpabilité et croit avoir une influence nuisible sur tout l'univers : « Je suis un « fléau, tout est bouleversé par ma faute, je suis le fléau de Dieu, je « suis la cause de la guerre, les vieux rois de France sont morts, tous « les gens vont mourir de faim par ma faute. »

En *mars*, même état de confusion avec idées délirantes de transformation et d'énormité. « Paris est immense maintenant, nous sommes « perdus dans la France. Tout est immense. Mais qu'ai-je fait, tout « est changé. » Aux questions, elle répond de même : « Depuis com- « bien de temps je suis ici, je ne sais pas, il y a longtemps, des « années et des années. Je ne me reconnais plus, ce n'est plus moi. « Avoir été comme j'étais et me voir ainsi ! J'étais une femme, je « n'avais pas ces gros os, ces bras d'une longueur démesurée, ces « mains énormes. »

En *avril*, l'amélioration s'accuse ; on peut entrer en communication avec la malade ; elle reconnaît parfaitement les objets et les personnes qui l'entourent, sait dire leur nom, mais prétend qu'elles sont changées, qu'elles ne sont plus comme auparavant : « Vous êtes bien M. C..., « mais vous n'êtes plus le même ; j'en ai vu plus de cinquante des « M. C... depuis que je suis ici, tous les jours j'en vois, mais de plus « vieux et de plus grands que vous. Vous avez des quantités de frères « qui vous ressemblent. C'est comme des madame B... (surveillante), « tous les jours j'en vois des nouvelles, elles se ressemblent mais sont « toutes différentes. La salle où j'étais quand je suis arrivée n'était pas « pareille à celle-ci ; ce n'était pas vieux comme maintenant. » Malgré ce débordement de conceptions délirantes, la mémoire est intacte ; la malade se rappelle exactement tous les événements de sa vie, la date de sa naissance, les particularités de son enfance, son mariage, son divorce, la naissance de sa fille, le millésime de l'année, le mois dans lequel nous sommes, etc. Elle se rend compte en outre de tout ce qui se passe autour d'elle, et malgré cela, elle est dans l'impossibilité absolue de dire son âge, répète qu'elle a des centaines d'années, ce qui semble prouver que la notion de durée lui échappe complètement.

Cette abolition de la notion de durée est due vraisemblablement à ce que M... multiplie le nombre des années de son existence comme celui des personnes. De même qu'elle croit qu'il y a plusieurs M. C..., plusieurs Mme B.., etc., elle affirme, toujours à titre d'explication de l'étrangeté de ses sensations et de l'impossibilité où elle se trouve de les superposer à ses souvenirs, qu'il y a plusieurs années 1871, plusieurs années 1872, 1873, etc., et c'est grâce à cette multiplication des années qu'elle en arrive à se croire centenaire et même davantage.

En *mai* l'amélioration continue. La malade prend une part de plus en plus active à ce qui se passe autour d'elle, réclame la visite de ses parents, leur écrit, demande sa sortie, etc. Toutefois elle conserve toujours les mêmes idées au sujet de la transformation de son corps ou des personnes qui l'approchent : médecins, parents, infirmières, qu'elle se représente sous des apparences diverses, multiples, tout en les identifiant parfaitement.

En *juin*, M... manifeste encore quelques craintes et quelques appréhensions, comme la peur d'être brûlée, mais sans véritable anxiété.

Actuellement (juillet), l'anxiété n'a pas totalement disparu, mais la malade peut cependant s'occuper une partie de la journée, à travailler à l'aiguille, etc.

Il est à noter qu'à aucune période de son affection, la malade n'a attiré notre attention sur l'existence de troubles viscéraux, digestifs, respiratoires, etc. : aux questions qu'on lui adresse à ce sujet, elle répond qu'elle ne sait pas comment elle mange, comment elle digère, que son estomac est peut-être bouché, etc. ; mais il est facile de se rendre compte au ton de ses réponses que le fonctionnement de ses viscères ne la préoccupe nullement. Son état d'anxiété a été, il est vrai, pendant toute la phase aiguë de la maladie, un obstacle à l'alimentation ; son poids pendant cette période est descendu de 60 à 50 kilos pour revenir à son chiffre primitif depuis que la malade est entrée en convalescence, mais jamais il n'y a eu un véritable refus des aliments.

D'autre part, à aucun moment, la malade n'a présenté de tendances au suicide ou aux mutilations. Jamais non plus elle ne s'est livrée à des actes de violence envers les personnes.

En résumé, à la suite d'émotions dépressives et prolongées apparaît chez notre malade un état anxieux qui se traduit par de l'inquiétude, des préoccupations obsédantes, des lamentations, de l'agitation, etc... ; à cette phase d'anxiété succède une longue période délirante caractérisée d'abord par quelques idées hypocondriaques de négation, ensuite par des idées de transformation corporelle. La malade se croit changée en chien, en taureau, en

homme; toutes les parties de son corps sont déformées, agrandies; elle ne se reconnaît plus, se lamente sur sa métamorphose et regrette son ancienne personnalité. Limitée d'abord à sa conformation physique, cette métamorphose s'étend peu à peu à sa personne morale : elle n'est plus une femme comme les autres, elle est un être extraordinaire, la femme fléau, le mystère de l'Incarnation. L'état anxieux s'exagère au fur et à mesure que se développent et s'amplifient les idées délirantes.

Aux troubles de la perception interne s'ajoutent des troubles de la perception externe : les personnes et les objets lui paraissent changés, différents de ce qu'ils étaient autrefois; et comme cela s'était déjà produit pour ellle-même, ces changements, bornés d'abord aux apparences extérieures, gagnent la sphère morale. Sa famille se confond avec la divinité, sa mère est la Vierge Marie, son mari est Jésus-Christ, etc. Personnes et choses prennent à ses yeux une signification nouvelle, plus ou moins en rapport avec les modifications survenues dans leurs attributs extérieurs. Mais, malgré le contenu en apparence mégalomaniaque de certaines de ses idées délirantes, la malade reste toujours angoissée. Sa parenté divine ne l'empêche pas d'être la femme fatale, le fléau du genre humain; aussi redoute-t-elle toujours les plus grands supplices, d'être guillotinée, brûlée ou enterrée vivante, etc. Ce sont là évidemment des idées d'énormité dans le sens péjoratif plutôt que des idées de grandeurs.

M... a perdu en outre la notion de durée et, tout en connaissant parfaitement la date de sa naissance et le millésime de l'année, elle se croit vieille de centaines et de milliers d'années et recule à l'infini dans le passé les événements de sa vie, dont elle a cependant conservé un souvenir très exact.

A cette période délirante fait suite, au bout de 5 à 6 mois, une troisième phase de calme relatif avec disparition graduelle de l'agitation et de l'anxiété. Peu à peu la malade redevient capable de se livrer à quelques travaux d'aiguille, mais continue à marmotter des paroles à voix basse et à manifester des craintes, des appréhensions, des regrets, dus, sans doute, à l'impossibilité où elle se trouve de concilier sa personnalité d'emprunt avec sa personnalité réelle.

Telle a été la filiation des accidents présentés par notre malade, accidents que nous devons maintenant chercher à interpréter.

En présence du tableau clinique dont nous venons de reproduire les principaux traits, il nous semble difficile de ne pas admettre qu'il s'agisse là, d'un cas de délire métabolique de la personnalité, ou, si l'on veut, d'une variété du syndrome de Cotard, dans lequel les idées de négation d'organes sont remplacées par des idées de transformation corporelle.

Quelle a été l'origine de ces idées? Les travaux de Wernicke, de Storch, de O. Fœrster, de Buck, — auxquels nous aurions dû joindre ceux de P. Bonnier(1), — sur lesquels nous nous sommes appuyés récemment pour interpréter les troubles psychopathiques d'une malade qui, sans croire à la transformation de son corps, doutait cependant de la réalité de ses sensations et par suite de sa propre existence, nous permettent, croyons-nous, de répondre au moins dans une certaine mesure, à cette question (2).

Comme chez la malade à laquelle nous venons de faire allusion, nous pensons qu'en l'absence d'aucun trouble objectif de la sensibilité, d'aucun signe d'une lésion organique, les idées de transformation corporelle qui, avec l'état anxieux concomitant, ont occupé le premier plan de la scène morbide, doivent être rattachées à une perturbation, à un ébranlement des centres corticaux où sont fixées et enregistrées les images des sensations internes ou organiques, auxquelles nous devons la notion de notre existence corporelle.

Cet ébranlement, qui peut être attribué aux nombreux chocs moraux éprouvés par la malade, nous explique l'étrangeté, la bizarrerie de ses sensations, et par suite ses illusions de membres déformés, grossis, allongés, etc ; mais pourquoi cette même malade, en dépit du témoignage de ses sens et de toutes les affirmations qu'on lui oppose, se croit-elle métamorphosée en chien, en taureau, etc? Le mécanisme de cette transformation est à coup sûr discutable : on peut toutefois admettre que les idées de transformation corporelle n'interviennent ici qu'à titre d'ex-

(1) P. Bonnier, *Le Vertige*, 1893. *L'Orientation*, 1900. *Le Sens des attitudes*, 1904.

(2) G. Deny et Paul Camus, *Sur un cas d'hypocondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. In Rev. de Neurologie*, 15 mai 1905.

plication délirante des sensations anormales, angoissantes et obsédantes éprouvées par la malade.

La multiplicité même de ces transformations, en chien, en taureau, en homme, plaide en faveur de cette hypothèse. Il se passerait là, en un mot, un phénomène analogue à celui qui s'observe chez les mélancoliques dont les conceptions délirantes, tout aussi absurdes, sont toujours secondaires à de profondes altérations de l'affectivité et de la sensibilité morale.

Le trouble de la cénesthésie cérébrale ayant envahi peu à peu l'élément organique, myopsychique, des perceptions sensorielles (en respectant leurs éléments spécifiques), on conçoit que la malade reconnaisse et identifie jusqu'à un certain point les personnes et les choses, tout en disant qu'elles sont changées, différentes de ce qu'elles étaient autrefois, etc. Les sensations actuelles que lui procurent ces personnes ou ces choses étant, en outre, dépourvues de l'élément affectif ou émotionnel qui est inséparable de leur composant cénesthésique, ne peuvent plus être superposées à celles qui ont été fixées par sa mémoire ; de là, ses doutes, ses hésitations, ses perplexités et son profond état de désorientation à l'égard du monde extérieur, des notions de temps, d'espace, de durée, etc...

Quant aux conceptions délirantes de couleur mélancolique, pseudo-mégalomaniaque, qui sont venues, plus tard, se greffer sur ces idées de transformation du corps et du monde extérieur, ce sont des éléments surajoutés, secondaires, toujours en rapport sans doute avec la bizarrerie, l'étrangeté des sensations organiques, mais essentiellement contingentes et subordonnées à l'éducation de la malade et au milieu dans lequel elle a vécu.

En somme, le psycho-syndrome de M... reconnaît le même mécanisme pathogénique que celui de la nommée I... dont nous avons publié antérieurement l'observation. Les différences cliniques, relevées dans les deux cas, sont dues uniquement à ce que dans l'un, il s'agit d'un trouble *a* ou *hypo*, et dans l'autre, d'un trouble *para* de la cénesthésie. Une même formule peut donc servir à caractériser ces deux états syndromiques, dont les principaux éléments sont : 1° *un état d'anxiété avec obsession de se souvenir, de se représenter, de retrouver les sensations organiques perdues ou perverties ;* 2° *une abolition, une transformation ou*

une métamorphose de la conscience de la personnalité ; 3° *une représentation incomplète ou plus ou moins méconnaissable et transfigurée du monde extérieur.*

En faisant jouer le principal rôle aux troubles de la cénesthésie cérébrale dans la genèse du délire de notre malade et des états hypocondriaques en général, nous ne faisons, du reste, que développer l'interprétation pathogénique de ces états qui a déjà été fournie par Th. Ribot, J. Cotard, Séglas, etc.

« C'est surtout, dit Cotard, dans leur *élaboration cérébrale* que les sensations s'altèrent et se transforment de la manière la plus extraordinaire. Les images intérieures, *modifiées* ou *oblitérées*, par suite d'un *état maladif des régions correspondantes de l'écorce cérébrale*, ne sont plus adéquates à leurs excitants normaux, et les impressions, même régulièrement transmises, ne produisent plus que des sensations alarmantes par leur étrangeté [1]. »

Séglas s'exprime presque dans les mêmes termes lorsqu'il dit « que les idées hypocondriaques de négation sont en rapport avec des troubles cénesthésiques, se relient à l'altération des sensations dans leur *élaboration cérébrale*, à des perturbations de la sensibilité, elles-mêmes réveillées et entretenues par les idées délirantes [2] ».

C'est en nous appuyant sur ces données que nous avons proposé récemment de grouper, sous le terme très général de *cénesthésiopathie*, suggéré par M. E. Dupré, tous les psycho-syndromes qui paraissent liés à une altération *a*, *hypo*, *hyper* ou *para* des sensations internes ou organiques, quel que soit, du reste, le point de départ de cette altération.

Cette conception a été critiquée dernièrement par M. P. Bonnier [3], pour qui « le trouble par lequel certaines parties de nous-mêmes cessent de figurer dans la notion que nous avons de notre corps (ou nous apparaissent changées, déformées) est dû, non à la disparition des sensations organiques qui persistent aussi bien que les sensorielles, mais à une absence (ou à une perturbation) de figuration spatiale, de définition topographique de choses dont la sensation persiste. »

(1) J. Cotard, *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, p. 388.
(2) Séglas, *Leçons clin. sur les maladies mentales et nerveuses*, p. 681.
(3) *L'Aschématie*, par P. Bonnier, in *Revue neurologique*, 30 juin 1905.

Dans le premier cas, il y a, d'après M. Bonnier, *hypo* ou *aschématie* (de *schema*, figuration topographique, attitude); dans le second *hyper* ou *para-schématie,* suivant que notre représentation corporelle occupe une trop grande place, ou une place qui n'est pas sa place propre, comme dans le cas que nous venons de rapporter.

Il n'a jamais été dans notre pensée de nier le rôle capital qui revient à la notion d'espace ou de figuration spatiale, dans la connaissance de la situation respective des différentes parties de notre corps, les unes par rapport aux autres et par rapport aux objets extérieurs. Nous croyons toutefois que ce « sens de l'espace » est étroitement lié à l'intégrité des sensations organiques, musculaires, articulaires, segmentaires, etc., qui accompagnent toutes les perceptions sensitives et à l'intégrité des associations préétablies entre les centres de perception, les points excités de nos différents organes et les mécanismes moteurs mis en branle.

Il convient, en outre, de rappeler que chaque sensation organique possède un timbre, une tonalité propre, dont les caractères varient suivant le point du corps qui a été excité. Ce timbre ou cette tonalité réalisent au moins dans une certaine mesure, un véritable signe de localisation. Les notions de figuration spatiale, de définition topographique, auxquelles M. Bonnier attache avec raison tant d'importance, loin d'être indépendantes des sensations organiques, en font donc partie intégrante.

Or, comme ce sont les images de ces sensations organiques, envisagées isolément ou associées aux perceptions sensorielles, qui forment ce que l'on désigne sous les noms de conscience ou représentation du corps, de cénesthésie, nous croyons devoir conserver le terme de *cénesthésiopathie* qui, à défaut d'autre mérite, a du moins celui de réunir et de grouper en un seul faisceau toutes les anomalies et aberrations des sensations organiques qui constituent le fondement de tous les états neurasthéniques, psychasthéniques, hypochondriaques, etc., et qui s'observent également à la base de quelques variétés de paranoïa.

Sans doute, chez les malades que M. Bonnier cite à l'appui de sa manière de voir, il a pu y avoir « une suspension plus ou moins complète de la notion de personnalité, sans altération concomitante de la notion d'activité musculaire », c'est-à-dire de l'élément

myopsychique auquel, d'après la théorie de Storch-Fœrster et de Buck, nos perceptions doivent, en grande partie, leur objectivation, leur réalité. Mais ces malades étaient tous atteints d'affections auriculaires, de lésions labyrinthiques ; or, tout le monde sait — et M. Bonnier mieux que personne — que l'appareil auditif est doué d'une faculté spéciale d'orientation. On ne saurait donc, à notre avis, rapprocher les malades de M. Bonnier des nôtres, car ils introduisent dans le débat de nouveaux facteurs pathogéniques, beaucoup trop complexes pour pouvoir être étudiés ici.

Nous persistons donc à considérer les faits que nous avons relatés, — défalcation faite de leurs éléments accessoires, — comme des exemples de troubles *hypo* et *parafonctionnels de la somatopsyché* des auteurs allemands, comme des variétés *hypo* et *paracénesthésiques* du groupe des *cénesthésiopathies.*

MM. PITRES et CRUCHET.

Le Tic hystérique. — Existe-t-il des tics hystériques ? ou, pour être plus précis, peut-il se produire, sous l'influence directe de l'hystérie, des épisodes convulsifs symptômatiquement caractérisés, comme les tics vulgaires, par la répétition intempestive, à intervalles irréguliers, de secousses brusques, rapides, involontaires, siégeant dans les muscles isolés ou dans des groupes musculaires d'habitudes associés ? Cela est absolument contesté par quelques-uns des auteurs les plus autorisés qui se sont occupés dans ces derniers temps de la question des tics. « Nous croyons, disent Meige et Feindel, dans leur beau volume sur les *Tics* (p. 429), que, lorsqu'on observe, chez le même sujet, à la fois des tics et des stigmates multiples de l'hystérie, il s'agit d'une association fortuite. » C'est également la conclusion de Noguès, dans son excellent rapport de Grenoble : « Le tic n'est donc pas un symptôme hystérique, il n'est pas une expression de la grande névrose, mais il peut coexister avec elle » (p. 117). Enfin dans sa toute récente monographie sur les tics (15 juin 1905), Henry Meige écrit ceci : « On a décrit des *Tics* dans l'hystérie... A la vérité, les accidents décrits sous le nom de tics chez les hystériques, revêtent

une allure clinique spéciale : les mouvements convulsifs tendent à se répéter avec un rythme plus régulier (*tics rythmiques*) » (p. 34).

Présentée de cette façon, la question ne nous paraît pas répondre à la réalité des faits. Ces quelques citations suffisent, en tous les cas, pour montrer que le terme général de *tic hystérique* s'applique à des phénomènes fort disparates. On voit, en effet, désignés sous ce vocable :

1° Certains spasmes, essentiellement *rythmiques*, qui ont une allure tout à fait particulière, et qui ne sont pas de véritables tics ;

2° Des tics vrais qui sont survenus dans le cours de l'hystérie, se sont surajoutés à l'hystérie préexistante ou concomitante, et vivent avec elle en association ; on ne saurait donc les considérer comme une manifestation d'ordre véritablement hystérique ;

3° Reste un troisième groupe de faits, qui comprend les tics hystériques proprement dits. Ici, il s'agit bien d'une manifestation clinique particulière de l'hystérie elle-même : il s'agit d'un véritable accident hystérique.

En nous basant sur un certain nombre de faits personnels, anciens et récents que nous avons eu l'occasion d'observer, nous croyons que cette dernière forme, à laquelle il faut réserver le nom de *tic hystérique*, existe indubitablement. Notre statistique comprend environ une dizaine d'observations classées sous la rubique « tic hystérique ». Nous n'en citerons que deux, qui, jointes à celles déjà publiées par Charcot, Pitres, Guinon, Gilles de la Tourette, nous paraissent tout à fait démonstratives.

Obs. — *Tics convulsifs de l'épaule, du cou et du visage datant de huit mois : guérison en deux séances d'hypnose. — Légère récidive trois mois et demi plus tard : nouvelle guérison après suggestion à l'état d'hypnose.*

Madeleine L..., 30 ans, tailleuse, vient à la consultation en mars 1905 pour crises de nerfs et tics.

Antécédents héréditaires. — Le père est très bien portant, non alcoolique ; la mère est morte de maladie inconnue, elle n'était pas nerveuse et n'a jamais eu de crises de nerfs.

Pas de frères ni de sœurs.

Antécédents personnels. — Madeleine L... a eu une enfance normale. Élevée au biberon, elle n'a pas marché tard, n'a pas eu de convulsions.

Rougeole et coqueluche très légères. Pas de scarlatine ni de fièvre typhoïde. Madeleine L... était intelligente, travaillait beaucoup. Elle avait très bon caractère, était très calme et n'a jamais eu de colères terribles disproportionnées à la cause qui les avait provoquées. Réglée à 12 ans abondamment, elle n'a pas eu de pertes entre ses règles, ni rouges ni blanches. Un peu anémique vers l'âge de 15 ans par suite de mauvais soins, elle a été prise à ce moment de frayeurs excessives. La malade ne pouvait coucher sans avoir dans sa chambre une lumière; elle ne voulait pas aller dans une pièce obscure. Sa mère est morte alors. Très peinée par cette mort, en même temps privée de soins, Madeleine L. . était très faible physiquement et moralement; elle éprouvait une sensation d'anéantissement et restait assise longtemps à pleurer, sans bouger. Sa faiblesse a été jusqu'à la syncope, celle-ci résultat du manque de nourriture; la malade dînait souvent avec deux sous. Cependant, malgré ses privations, son caractère gai et actif prenait le dessus. Elle apprend toute seule à confectionner ses robes et ses chapeaux. Ayant beaucoup de goût pour la musique et la poésie, elle s'exerce à solfier, à jouer du piano et traduit en vers ses pensées, ses joies, toutes les émotions ressenties.

A ce moment, elle est abandonnée par un jeune homme avec qui elle avait contracté une liaison; désolée, elle se voue à un célibat éternel; le jeune homme étant mort trois à quatre ans plus tard, c'est elle qui porte des fleurs sur sa tombe.

A 19 ans, elle est prise de force par un homme et devient enceinte. Quoique cet enfant ne doive guère lui être sympathique, elle l'élève et le fait vivre du fruit de son travail.

De 20 à 25 ans elle souffre d'une névralgie faciale atroce; cette névralgie venait par périodes; elle restait deux mois localisée à une moitié de la face, disparaissait pendant deux mois, puis reprenait du côté opposé de la face. Les douleurs venaient par crises, qui duraient dix minutes et revenaient trois ou quatre fois par jour. La douleur débutait par les dents, s'irradiait dans la mâchoire, dans la région de la nuque, sans contractions douloureuses dans la moitié de la face intéressée. Pendant les crises, la malade souffrait atrocement; elle se débattait, se frappait la tête contre les murailles. Une fois elle eut une crise de nerfs sans perte de connaissance, pendant laquelle apparurent des contractions cloniques et toniques. La crise fut arrêtée par un homme qui pressa de toutes ses forces sur la tête de la malade. Les crises douloureuses passées, la malade éprouvait une sensation de faiblesse générale, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles qui aboutissaient souvent à une syncope. Celle-ci durait quatre ou cinq minutes, s'accompagnait de sueurs profuses, de pâleur du visage et disparaissait dès qu'on administrait un cordial.

Après les crises très douloureuses, la malade a remarqué que souvent le côté de la face intéressé par la crise était contracturé, la bouche

tirée de ce côté. Mais cela disparaissait peu à peu après quelques heures.

Madeleine L... ne s'est jamais fait soigner pour cette névralgie parce qu'on lui disait que « cela passerait quand elle se marierait ». A ce moment, elle eut des relations avec un jeune homme et, effectivement, elle n'a plus jamais souffert de névralgie.

Cependant la malade est toujours très faible ; elle tousse et crache, et a des hémoptysies. Elle rentre à l'hôpital, où on lui fait un traitement reconstituant ; mais elle en sort au bout de quelque temps, car elle a peur la nuit : l'obscurité lui suggère tout un cortège de morts, de cercueils, etc.

Rentrée chez elle, elle se met en relation avec un jeune homme qui doit lui procurer les secours nécessaires pour vivre, elle et son enfant, et qui sera un compagnon pour l'aider dans sa solitude. Elle caressait déjà le secret désir d'avoir un autre enfant, le sien ayant très mauvais caractère, méchant, et répondant mal à sa tendresse. Elle fait une fausse couche de trois mois ; puis, quelque temps après redevient enceinte. A part une attaque de rhumatisme au début de sa grossesse, tout se passe très bien, sa santé devient meilleure qu'avant, et elle se prépare à aimer beaucoup son enfant.

Le 13 mars 1904, la malade étant au huitième mois de sa grossesse, est insultée par les parents de son amant ; ceux-ci la couvrent d'injures et menacent de la rouer de coups. Son amant ne lui vient pas en aide et parle de la quitter. Madeleine éprouve une violente émotion et le lendemain elle commence à éprouver des douleurs dans le ventre. Huit jours après, elle accouche d'un enfant qui ne vit qu'un jour. Quand on lui apprend la mort de son enfant, Madeleine L... a une crise très violente ; elle pousse des cris, se débat ; elle ne perd cependant pas connaissance.

Le lendemain elle quitte la Maternité, où la vue des autres enfants lui rappelle la perte du sien.

Elle rentre chez elle, où elle reste quelques jours sans force, absolument anéantie, ne voulant voir personne. Elle se serait suicidée alors, si elle n'avait eu son premier enfant à faire vivre. Elle est prise d'étouffements avec la sensation qu'une boule monte dans sa poitrine et s'arrête au cou où elle l'étrangle ; elle sanglote : les pleurs arrivent et dès qu'elle a bien pleuré, elle éprouve un soulagement. Quelquefois, malgré ses pleurs, l'angoisse qui l'étreint, qui l'étouffe, ne disparaît pas ; la malade s'étire, se renverse en arrière, et la sensation pénible disparaît ainsi ; d'autres fois c'est une série de bâillements qui la débarrasse. Madeleine L... éprouve tous ces phénomènes quand elle songe à la mort de son enfant, quand elle voit un bébé.

Cependant ses ennuis continuent ; son amant l'abandonne pour se marier. Deux mois après la mort de son bébé, elle le trouve dans la rue : ils se disputent et la malade a une crise. Après quelques secousses

dans tout le corps, elle tombe brusquement par terre, ce qui ne lui était jamais arrivé jusque-là. Elle est agitée de convulsions, elle est contracturée et on la soulève tout d'une pièce pour la transporter dans une maison voisine. Les convulsions durent quelques minutes, puis la malade a une abondante crise de larmes qui la soulage et elle rentre chez elle sans être trop fatiguée. N'ayant pas perdu connaissance, elle a assisté à sa crise : elle n'a pas eu d'écume aux lèvres, n'a pas uriné sous elle, ne s'est pas mordu la langue.

Ces crises se renouvellent depuis, chaque fois qu'elle éprouve une émotion violente, et en particulier lorsqu'elle se trouve en face de son amant.

Pour échapper à l'idée fixe de la mort de son enfant, Madeleine L... essaye de se distraire et va dans les fêtes de quartier ; là, poursuivie par la famille de son amant, elle est rouée de coups un soir par un inconnu, et un autre soir par son amant lui-même, qui profite du moment où la malade était tombée, ayant sa crise, pour la brutaliser, M. le Dr Lande a constaté les traces des coups reçus.

La malade vit ainsi du mois de mai au mois de juillet, ayant des crises de temps en temps, pleurant son enfant, allant à l'aventure, marchant souvent toute seule, la nuit, sans but fixe, poursuivie aussi par l'idée de se venger de celui qui l'a abandonnée : elle voudrait le tuer, mais reconnaissant que c'est mal, elle se défend de pareilles idées.

Histoire de la maladie. — Le jour du 14 juillet 1904, la malade se trouve face à face avec son amant. A cette vue, elle est prise d'un tremblement de tout le corps, puis elle se met à faire des mouvements dans l'épaule gauche qui consistent en une élévation et une adduction de l'épaule, brusques et saccadés ; l'épaule droite et les membres inférieurs ne bougent pas. Dans la face apparaît une contraction brusque des muscles élévateurs de la lèvre supérieure du côté gauche ; cette contraction est très rapide et involontaire. La malade a également un tremblement de la paupière inférieure gauche, en même temps qu'une contraction de la houppe du menton. Ces phénomènes s'accompagnent d'une sensation d'angoisse générale, d'étouffement très pénible.

Elle a eu à trois reprises une parésie du bras droit : celle-ci n'était précédée d'aucune émotion et la prenait pendant la nuit. La malade s'éveillait et s'apercevait que son bras gisait inerte à son côté : elle ne le sentait plus, ne pouvait le remuer ; elle n'éprouvait aucune douleur. Cette sensation ne durait que trois à quatre minutes. La malade a, en outre, de l'insensibilité de la main gauche seule.

Depuis juillet 1904 — début de l'affection — jusqu'à l'époque actuelle, les tics ont persiste avec exactement les mêmes caractères qu'ils présentent aujourd'hui

Etat actuel (20 mars 1905). — Madeleine L... n'a pas et n'a pas eu de crises de nerfs violentes depuis le 14 juillet 1904, jour de début des

tics. Ceux-ci sont sujets à des rémissions et à des exacerbations : si la malade est au repos, sans aucune émotion, les tics sont très légers et disparaissent souvent ; si elle a eu la moindre émotion, aussi bien peine que joie, ils reparaissent avec beaucoup d'intensité ; et, dès ces moments-là, la malade éprouve encore des sensations de malaise général, d'etouffement. Les tics sont un dérivatif, mais il arrive très souvent qu'ils ne calment pas la malade. Très gênée par ces malaises, énervée, elle dit : « Si encore je pouvais avoir une bonne crise, je serais calmée. » D'autres fois, c'est une série de bâillements qui la soulagent. Ainsi elle dit avoir eu, avant de venir à l'hôpital, une série de ces bâillements, et les tics ne sont pas très violents aujourd'hui.

Cependant, si on fixe Madeleine L..., on voit qu'elle présente des mouvements d'adduction et d'élévation brusques de l'épaule gauche. De temps en temps, elle a aussi un mouvement de rotation et de flexion de la tête, dû à la contraction du sterno-cléido-mastoïdien gauche : si ces mouvements sont violents, ils sont accompagnés de contractions de l'orbiculaire des paupières du côté gauche : la commissure buccale gauche est attirée en haut et en dehors, de façon que les dents sont légèrement découvertes à gauche et que la bouche est en point d'exclamation ; ces divers mouvements se succèdent ordinairement en commençant par l'épaule et continuant par les paupières et les lèvres. Ces mouvements peuvent être produits sous l'influence de la volonté, et il suffit souvent que la malade contracte son épaule pour que toutes les autres contractions se produisent.

En dehors de ces mouvements, la malade présente des contractions dans les muscles canin, zygomatiques, élévateurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Ces mouvements, de très faible amplitude, sont très brusques et la malade ne peut arriver à les produire volontairement aussi rapidement.

En même temps on observe une trémulation dans la paupière supérieure gauche et l'occlusion brusque de l'œil ; la malade dit que souvent la paupière se renverse incomplètement, de façon que sa face interne devienne externe ; elle est obligée de la remettre en place avec les doigts ; de plus, elle a souvent des secousses dans les muscles de la houppe du menton : nous n'avons pu constater ces deux derniers mouvements. Tous ces phénomènes sont localisés à l'épaule gauche et à la moitié de la face gauche. Ils se montrent surtout lorsque la malade éprouve une émotion ou lorsqu'elle se sent regardée. Pour cette dernière raison, elle n'ose guère sortir dans la rue.

Ces phénomènes la gênent pour s'endormir ; elle a essayé de les arrêter en appuyant fortement la main contre sa joue : elle n'a pu y réussir. On ne sait pas cependant si les tics persistent dans le sommeil proprement dit. En fixant l'attention de la malade sur un objet, en la forçant à réfléchir, on n'arrête pas le tic. Les mouvements respiratoires rythmés, avec inspirations profondes, ne le modifient pas non plus. Si la

malade n'a pas les grandes contractions de l'épaule, elle a le petit tic de la lèvre supérieure. Quand on l'ausculte alors qu'elle respire profondément, on sent les muscles scapulaires de la malade se contracter sous l'oreille. La récitation n'arrête pas le tic.

A part ces troubles, la malade se porte généralement assez bien, cependant elle a des moments où il lui semble qu'elle est très malade : elle pâlit, respire très difficilement, devient triste, sans aucune énergie. Puis quelques heures après, toute dyspnée disparaît : elle redevient très gaie et très active. Madeleine L... a très bon appétit et ne souffre pas de l'estomac.

L'examen des divers viscères ne donne aucun résultat anormal, sauf aux poumons, où l'on constate aux deux sommets une inspiration rude avec expiration prolongée. Dans la fosse sus-épineuse droite, on perçoit quelques craquements secs.

Si l'on explore la sensibilité, on constate des phénomènes particuliers. Au tronc, aux membres inférieurs, la sensibilité au contact, à la piqûre, à la température est conservée et non retardée. Aux membres supérieurs, la sensibilité au contact est conservée partout ; à la piqûre le retard de la sensibilité est très notable, surtout à la face externe de la main, du bras et de l'avant-bras. La malade, surtout à la face dorsale de la main, sent l'épingle s'enfoncer assez profondément sous la peau, mais elle n'en éprouve guère de douleur ; la piqûre ne saigne pas. A la face la sensibilité à la piqûre est un peu retardée.

La sensibilité des muqueuses est conservée à la langue, à la face interne des joues. Le réflexe pharyngien est conservé.

La sensibilité cornéenne est abolie ; la malade sent le contact, mais n'éprouve pas de douleur ; l'irritation provoque des larmes.

Les sensibilités profondes : oculaire, trachéale, épigastrique, osseuse, tendineuse, sont conservées. La sensibilité profonde ovarienne est diminuée. La pression de ces diverses zones ne provoque pas de crise. Les réflexes tendineux sont conservés. La force musculaire est intacte.

Il existe du rétrécissement concentrique du champ visuel, plus marqué à gauche qu'à droite.

Madeleine est mise à l'état de sommeil hypnotique (20 mars 1905). L'hypnose est facilement obtenue par fixation du regard : la malade dit qu'elle est très bien en état d'hypnose ; elle dit aussi avoir été endormie déjà. Dans cet état, tous les tics s'atténuent considérablement : ils sont beaucoup moins nombreux qu'à l'état de veille. On lui fait remarquer combien son état est amélioré et on lui déclare qu'après son réveil elle n'aura plus de mouvements convulsifs dans les épaules ni dans la face.

La malade est réveillée : elle ne se rappelle pas ce qu'on a dit pendant son sommeil. Les tics sont devenus moins fréquents, surtout les mouvements d'élevation de la lèvre supérieure. Le sujet est beaucoup plus calme.

Quinze minutes après, la malade est tout à fait tranquille : les tics ont presque disparu.

Madeleine L... revient à l'hôpital le 27 mars 1905. Les tics sont toujours très atténués. Nouvelle hypnose, et nouvelle suggestion dans cet état hypnotique. Les tics cessent complètement pendant le sommeil. Quand la malade est réveillée, les tics ne reparaissent pas : elle est guérie.

La guérison s'est maintenue complète jusque dans la deuxième semaine de juillet 1905, c'est-à-dire pendant plus de trois mois.

Le 17 juillet, elle revient à l'hôpital et raconte qu'à la suite d'un mauvais rêve où elle a vu son ancien amant la menacer, elle a eprouvé, au réveil, des douleurs névralgiques épouvantables dans la joue gauche, et le cou du même côté. Elle vient à nous, pliée en deux, la main crispée sur un mouchoir qu'elle appuie fortement sur sa joue endolorie. Le mouchoir enlevé, on constate, de loin en loin, de brusques contractions dans la commissure labiale, dans les paupières, tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt des deux côtés à la fois : pas de mouvements convulsifs ailleurs ; les épaules, en particulier, restent au repos.

Le Prof. agrégé Abadie endort facilement le sujet en lui posant simplement les doigts sur les yeux ; il lui dit alors qu'elle sera guérie dans deux ou trois jours au moyen de la pommade qu'il lui prescrit, à condition qu'elle l'applique avec soin sur les parties douloureuses. La malade est ensuite réveillée : les douleurs sont déjà moins vives et les mouvements cloniques de la face beaucoup plus rares.

Madeleine L... a été revue les 24 et 31 juillet suivants : elle était guérie.

Obs. II. — *Crises convulsives hystériques avec hoquet tous les jours et aux mêmes heures pendant un mois, remplacées, tous les jours et aux mêmes heures, par des tics convulsifs des épaules, de la tête et de la face qui durent six mois consécutifs. Présence d'une zone hystérogène agissant sur les tics. Guérison brusque coïncidant avec le retour de la menstruation.*

Valentine M..., âgée de 14 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants, service de M. le Prof. Moussous, le 14 janvier 1905, pour une hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle avec amblyopie du même côté et des tics.

Antécédents héréditaires. — La mère, âgée de 44 ans, est une femme active, vive, d'intelligence moyenne, qui n'a pas eu d'autre maladie grave qu'une fièvre typhoïde (?) à l'âge de 3 ans. Elle est très nerveuse, mais prétend qu'elle l'est surtout devenue à la suite des mauvais traitements que lui a fait subir son mari pendant quinze ans. Elle a eu cinq grossesses, dont une terminée avant terme (avortement à 2 mois 1/2) ; les autres ont évolué normalement, mais, sur quatre enfants, deux sont morts : l'un à 10 ans (de tuberculose), l'autre 20 jours

après la naissance (de tétanos des nouveau-nés) ; deux sont en vie : un garçon, l'aîné, qui a 23 ans, est marié, bien portant, mais de caractère vif et emporté : il n'aurait jamais eu de crises convulsives ou de tics ; et une fille qui est la malade.

Le père, cordonnier, est mort en 1897, à 35 ans, dans un accès de *delirium tremens*. Joueur, buveur et débauché, il s'est montré particulièrement agité à partir de 1888, battant continuellement et menaçant de tuer à diverses reprises sa femme et ses enfants ; écroué plusieurs fois, fut même interné pendant trois ans à l'Asile de Cadillac.

Antécédents personnels. — L'enfant, venue au monde dans de bonnes conditions, nourrie au sein jusqu'à 18 mois, a parlé et marché en temps normal. Broncho-pneumonie grave à 3 mois ; pas de gastro-entérite. Jamais de convulsions jusqu'à 4 ans. A partir de cet âge, jusqu'à 6 ans, elle avait une telle frayeur de son père, qui la maltraitait sans cesse, que la vue de ce dernier, sa voix, même le mot de « papa » provoquaient une crise de tremblement généralisé : elle devenait pâle subitement et tombait à terre sans connaissance ; la crise durait quelques minutes et n'était pas suivie de sommeil : pas d'incontinence d'urine ou des matières. Cauchemars nocturnes. A 7 ans, après la mort du père, les crises ont complètement cessé, mais elle a continué à éprouver des cauchemars nocturnes.

Rougeole à 6 ans, coqueluche à 9 ans. Enfant toujours anémique et même suspecte de tuberculose à partir de 7 ans, âge qu'elle avait quand son frère mourut bacillaire : elle a été depuis envoyée quatre fois à Arcachon à 8, 10, 12 et 13 ans, avec la colonie scolaire de vacances.

Il y a un an et demi, le 16 août 1903, elle se promenait sur la plage d'Arcachon, lorsque brusquement elle ressent dans l'œil droit une douleur vive, comme si elle avait reçu un grain de sable ; l'œil lui pique, se trouble, pleure et devient rapidement très rouge. Les jours suivants, l'enfant se plaint de mal de tête, surtout localisé au niveau de la tempe et du front, à droite. Elle rentre à Bordeaux le 3 ou le 4 septembre, dans un état identique. Depuis cette époque (septembre 1903) jusqu'en novembre 1904, Valentine a présente toute une série d'accidents oculaires, à droite, pour la plupart d'ordre hystérique (amblyopie avec micropsie et macropsie, dyschromatopsie, mydriase intermittente, etc.). Elle a eu, de plus, à certains moments, des troubles céphalalgiques si intenses qu'on a pu croire à une méningite.

En novembre 1904, constatation d'une hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle, l'amblyopie persistant toujours.

L'enfant est soumise à des séances quotidiennes d'électricité par courants continus, qui durent dix minutes, une des électrodes étant placée spécialement au niveau de l'œil amblyope. On lui fait aussi des enveloppements chaque jour avec un drap mouillé et des frictions avec un gant de crins.

Au bout de huit jours, on constate un mieux sensible, l'enfant lit

presque bien ; mais cet état d'amélioration n'est que passager, et la vision droite s'affaiblit de nouveau de plus en plus.

Histoire de la maladie. — Une après-midi, vers trois heures, dans les premiers jours de décembre 1904. Valentine est prise brusquement, sans cause connue, d'une sorte de hoquet caractérisé par un bruit inspiratoire, avec soulèvement des épaules et agitation des bras. Ce hoquet, accompagné d'une sensation de boule au gosier, persiste jusqu'au coucher à neuf ou dix heures du soir, pour ne plus revenir que le lendemain dans l'après-midi, avec les mêmes caractères. On cesse alors les enveloppements froids et les frictions. Vers le septième jour après le début de ces accidents, le hoquet se transforme en une crise violente, les mains sont d'abord crispées, les bras parcourus de secousses convulsives ; puis la malade se mord les poings, s'arrache les cheveux, chante et rit tour à tour, se jette à terre où elle se roule, frappant le sol avec les pieds.

Au bout de dix minutes tout est fini ; et le hoquet reprend plus intense que jamais, recommençant plus tôt les jours suivants, à partir de 11 heures 1/2 ou midi pour durer jusqu'à 5 heures du soir environ.

Fin décembre, le hoquet tend à s'atténuer, mais les secousses musculaires des épaules continuent et gagnent le visage. Si bien que le 14 janvier 1905, jour de l'entrée à l'hôpital, le hoquet avait disparu, mais était remplacé par un tic, caractérisé par un mouvement brusque de rotation de la tête à droite avec clignement des yeux, froncement du nez et haussement des épaules, surtout à droite.

État actuel (15-20 janvier 1905). — On se trouve en présence d'une fillette assez grande pour son âge, au teint anémique, mais de corpulence convenable et qui répond avec vivacité et intelligence aux questions qui lui sont posées.

L'état général est satisfaisant. Le tube digestif fonctionne assez bien, l'appareil circulatoire est normal. Rien à signaler du côté de l'appareil respiratoire, à part un peu de submatité et de rudesse aux sommets. On note dans l'urine des traces d'albumine qui ne disparaissent sous l'influence d'aucun régime (même lacté) ; l'inversion de la formule des phosphates a été rencontrée une fois positive sur six recherches. Les pertes menstruelles ont commencé en novembre 1903 : irrégulières jusqu'en octobre 1904 et régulières depuis, elles sont peu abondantes et indolores.

Du côté du système nerveux, Valentine présente une *hémianesthésie droite* qui est totale pour toutes les sensibilités superficielles : contact, piqûre, douleur, température ; seule la sensibilité électrique cutanée n'est pas complètement abolie ; en ce qui concerne les sensibilités profondes : les sensibilités osseuse, tendineuse et nerveuse sont abolies ; mais le sens musculaire et ses variétés, le sens stéréognostique sont conservés. Nous avons même signalé chez cette malade ce fait curieux que l'entrée en action du sens stéréognostique réveillait la

sensibilité thermique au niveau de la main (1). A droite et à gauche, les réflexes abdominaux, du bras et du poignet, du genou et du pied (rotulien et achilléen) sont conservés. Les sensibilités mammaire, ovarienne, plantaire, épigastrique profonde, trachéale ont disparu dans la moitié droite : il en est de même du réflexe pharyngien.

L'examen des *organes des sens* montre que le goût et l'odorat sont complètement perdus à droite. L'audition est très diminuée : le tic tac de la montre n'est entendu qu'à 10 centimètres environ du pavillon de l'oreille droite ; l'intensité en augmente au fur et à mesure que la montre se rapproche du conduit auditif, mais la perception est considérablement plus faible qu'à gauche.

Du côté de la vision, on constate que la sensibilité conjonctivo-cornéenne est abolie à droite, que la pression du globe oculaire est complètement indolore à droite (signe d'Abadie-Rocher). Les pupilles égales et réagissent parfaitement à la lumière et à l'accommodation. Le fond de l'œil est normal aussi bien à gauche qu'à droite (Lagrange). L'acuité visuelle = 1 à gauche ; elle est nulle à droite : la malade répond qu'elle ne voit absolument rien. Elle ne commence à distinguer les objets qu'à une distance très rapprochée de cet œil droit : il s'agit de micropsie, qui existe également pour les objets colorés. Pas de diplopie ni de polyopie monoculaire. A l'optomètre de Badal, la puissance accommodatrice est de 14 dioptries à gauche contre 5,50 à droite, et encore le sujet ne peut distinguer que la lettre E qui lui paraît de grandeur plus petite que vue avec l'œil gauche. Vision des couleurs normale à gauche : dyschromatopsie à droite. Rétrécissement concentrique du champ visuel considérable. Enfin, trait caractéristique, la vision binoculaire normale (2).

Du côté de la *motilité*, on ne note d'atrophie musculaire dans aucun des points du corps : tous les mouvements s'exécutent parfaitement. Il y a cependant une très légère hémiparésie droite : la main droite indique au dynamomètre 35/13 et la main gauche 40/17. Pas de troubles trophiques ou vaso-moteurs, en particulier pas de dermographisme.

Examen du tic (janvier-février 1905). — Le tic est caractérisé essentiellement par un haussement brusque de l'épaule droite avec adduction du bras, de l'avant-bras et de la main, et un mouvement, également brusque, de rotation de la tête, ayant pour effet de rapprocher l'oreille droite de l'épaule, qui se hausse tandis que le menton se dirige du côté gauche. Ce tic, à certains moments, s'accentue ; on constate alors, synchroniquement avec les mouvements précédents,

(1) *Réunion biologique de Bordeaux*, séance du 7 fév. 1905, in *Comptes rendus hebd. des séances de la Soc. de Biol. de Paris*, 11 fév. 1905, p. 286.

(2) Tout ce qui intéresse ce point particulier de la vision, et la vision en général, a été longuement traité, en ce qui concerne ce cas, dans l'article de R. Cruchet : *Sur l'amblyopie hystérique monoculaire et sa disparition dans la vision binoculaire*, in *Archives de Neurologie*, mai 1905.

des contractions dans les muscles du visage : la commissure labiale droite s'élève, le nez se fronce, l'œil droit cligne et parfois aussi le gauche; d'autres fois, au mouvement rotatoire de la tête succèdent, en se confondant presque avec lui, de véritables secousses trémulatoires — au nombre de 2 à 3 — qui, faisant penser à de petits mouvements de dénégation extrêmement vifs, ébranlent la tête demeurée en rotation : puis, dès que les secousses cessent, la tête redevient droite; d'autres fois enfin, les deux épaules se haussent brusquement ensemble.

Quand le tic est très violent, tous ces divers mouvements se produisent en même temps. On entend alors distinctement un bruit inspiratoire très net, comme une sorte de reniflement, qui est à peine perceptible quand le tic est peu marqué.

Bien que Valentine soit debout avant 7 heures du matin, le tic ne se manifeste qu'à partir de 11 h. 1/2 ou midi, c'est-à-dire après le dejeuner qui a lieu à 11 heures. Voici le nombre de tics relevé pendant six jours consécutifs.

A la date du 3 février, il a été compté 80 mouvements dans un quart d'heure, vers 3 heures de l'après-midi. A la date du 4 février : de 11 h. 1/2 à 1 heure, 65 fois; de 1 à 2 heures, 116 fois; de 2 à 3 heures, 93 fois; de 3 à 4 heures, on ne peut pas compter les tics tellement ils sont fréquents. A la date du 5 février : de 11 h. 1/2 à 1 heure, 60 fois; de 1 à 2 heures, 120 fois; on a cessé ensuite de les compter : l'enfant remue constamment. A la date du 6 février : de 11 h. 1/2 à 1 heure, 40 fois; de 2 à 3 heures, 73 fois; de 3 à 4 heures, 60 fois. A la date du 7 février : de 11 h. 1/2 à 1 heure, presque pas; de 2 à 4 heures, 412 fois. A la date du 8 février, on n'a pas pu les compter durant toute l'après-midi, vu leur répétition incessante.

Donc, en règle générale, les tics absents jusqu'à 11 h. 1/2, apparaissent entre 11 h. 1/2 et midi, et augmentent en nombre et intensité jusque vers 3 ou 4 heures de l'après-midi. Ils diminuent ensuite considérablement, puisque de 4 à 5 heures on ne compte pas plus de 8 à 10 secousses; ils cessent complètement à 5 heures, avec le repas du soir, pour ne plus réapparaître le lendemain que vers midi. Ils ne se montrent pas dans le sommeil.

Ainsi, il existe une sorte de cycle, une véritable courbe générale régulière quotidienne dans la manifestation du tic : mais ce rythme ne se retrouve pas dans la succession des secousses elles-mêmes. En effet, ces secousses se montrent soit isolément, soit en séries où le nombre de ces secousses est extrêmement variable; et le temps qui sépare chacune de ces secousses ou de ces séries de secousses est lui-même des plus variables. Par exemple, si dans la troisième heure de son apparition le tic se répète 60 fois et si dans la première heure il se répète 300 fois, les mouvements convulsifs ne se succèdent pas régulièrement dans la première heure à raison de 1 mouvement toutes les

minutes, ou dans la troisième heure, à raison de 1 mouvement toutes les 12 secondes : on voit, en réalité, dans la première heure, les mouvements se suivre à quelques secondes de distance pour ne se reproduire ensuite qu'au bout de 5, 6 ou 10 minutes ; et dans la troisième heure, on voit les mouvements être séparés les uns des autres, tantôt par 1 ou 2 secondes, et tantôt par 1/2, 1, 2 ou 3 secondes d'intervalle.

A cette irrégularité dans la durée des temps d'intervalle ou de repos, se joint l'irrégularité dans l'intensité du tic. En règle générale, les secousses sont d'autant plus violentes que leur explosion est plus rapprochée et leur répétition plus grande ; mais on voit des contractions extrêmement intenses dans les heures où les secousses sont peu fréquentes; et on constate l'existence de secousses faibles et limitées dans les moments où la répétition de ces secousses est incessante.

Donc, s'il existe dans la manifestation des tics une marche quotidienne régulière dans l'ensemble, cette régularité ne s'applique pas aux secousses elles-mêmes, qui se montrent, d'un instant à l'autre, irrégulières dans leur explosion et dans leur répétition.

La récitation, le chant, la lecture, les mouvements respiratoires rythmés, l'exécution de petits travaux manuels, comme la couture, n'ont aucun effet modérateur sur les tics : il est même important de noter que Valentine ne peut coudre sans se piquer jusqu'au sang, si bien qu'on lui a interdit de se servir d'aiguilles jusqu'à nouvel ordre. La vue du médecin, un auditoire ou un lieu public n'ont pas davantage d'influence : c'est ainsi qu'à vêpres, le dimanche, entre 2 et 3 heures, les mouvements sont incessants, ni plus ni moins que les autres jours. La station horizontale ne paraît pas avoir non plus d'influence modificatrice.

Les chocs émotionnels, un examen trop long exagèrent manifestement les tics : mais c'est surtout la pression de la région lombaire gauche qui en augmente la violence ; on voit aussitôt les secousses se reproduire coup sur coup avec intensité, et un bruit inspiratoire — presque un hoquet — apparaître ; puis les mouvements convulsifs gagnent de proche en proche et se généralisent, constituant ainsi une véritable crise hystérique, très peu accentuée d'ailleurs.

Enfin, si le tic n'existe pas, il est susceptible de naitre sous l'effet de la pression du point lombaire : il est comme l'avant-coureur de la crise.

Il n'a pas été trouvé de zone frénatrice.

De janvier à fin mai, c'est-à-dire pendant cinq mois, le tic, quoique avec plus ou moins d'intensité suivant les jours et les heures, a persisté malgré tous les moyens tentés pour le guérir. L'hypnose a été essayée une fois avec succès : mais la suggestion, pratiquée alors, n'a été suivie d'aucun résultat. La suggestion à l'état de veille sous diverses formes (en particulier par le bleu de méthylène) n'a réussi à modifier, ni le tic, ni l'hémianesthésie et l'emblyopie. L'électricité,

l'hydrothérapie, la gymnastique respiratoire n'ont pas été plus heureuses, pas plus que les préparations pharmaceutiques, ferrugineuses principalement.

En juin, le tic se transforme brusquement, sans cause connue. Les secousses des épaules, les mouvements d'inclinaison de la tête, les grimaces disparaissent ; mais les secousses de dénégation persistent : elles surviennent, comme les précédentes, vers midi pour disparaître entre 4 et 5 heures, le maximum de violence étant vers 3 heures. Elles se caractérisent par une série de secousses négatives, extrêmement vives et brusques, au nombre de quatre à cinq au plus, et dont l'ensemble constitue le tic proprement dit : ces secousses, dont l'amplitude diminue de la première à la dernière, ne dépassent jamais un centimètre de déplacement latéral : c'est le plus grand déplacement imprimé à la tête, qui reste droite, tournant autour de son axe.

Les agents modificateurs déjà cités n'ont pas eu plus de succès sur le tic ainsi transformé. Il est toutefois intéressant de noter que, les épaules et le membre supérieur droit n'étant plus violemment secoués comme dans le tic antérieur, Valentine peut se livrer, sans se piquer, à la pratique de la broderie, de la couture, du crochet avec une véritable habileté.

A la mi-juillet, le tic cesse du jour au lendemain, sans qu'on sache pourquoi. Mais une dizaine de jours plus tard (25 juillet), les règles, qui ne s'étaient pas montrées depuis le 25 janvier, réapparaissent : elles durent trois jours, indolores et peu abondantes.

Actuellement (août 1905), le tic n'a pas reparu : par contre, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle persiste comme au premier jour.

Il est impossible, ce nous semble, de ne pas voir dans les deux observations que nous venons de rapporter des cas typiques de *tic convulsif hystérique.*

Dans ces deux cas, le tic rappelle par son début, son évolution, son mode de guérison, la façon dont se comportent et réagissent les purs accidents hystériques.

Dans le premier cas, chez une hystérique de 30 ans, on voit, à la suite d'une vive émotion, des tics du côté gauche de la face et du cou, et de l'épaule gauche, remplacer une série d'accidents hystériques antérieurs, qui ont commencé dix ans auparavant et ont revêtu successivement la forme de névralgies faciales et de crises convulsives. Ces névralgies et crises disparaissent complètement tant que durent les tics qui persistent, avec des rémissions et des exacerbations, pendant plus de huit mois. Au bout de ce temps, la malade est mise en état d'hypnose et on constate aussi-

tôt l'atténuation considérable des tics, cette atténuation se maintient après le réveil du sujet ; quinze minutes plus tard, les tics ont presque entièrement disparu. Deuxième hypnose, avec suggestion, quelques jours plus tard, suivie de guérison complète au réveil. Persistance de la guérison pendant près de quatre mois. Les tics ont alors reparu à la suite d'un nouveau choc moral, mais pour diminuer et disparaître encore après suggestion à l'état d'hypnose.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune hystérique de 14 ans et demi, qui, pendant plus d'un mois, toutes les après-midi, aux mêmes heures, présente une série de hoquets caractérisés, chacun, par un bruit inspiratoire avec soulèvement des épaules et agitation des bras. Au bout d'un mois, le hoquet s'atténue, puis disparaît et les secousses convulsives se transforment en un tic qui consiste dans un mouvement brusque de rotation de la tête à droite avec clignement des yeux, froncement du nez, haussement de l'épaule droite et adduction vive du bras, de l'avant-bras et de la main du même côté. Ce tic a duré cinq mois, puis s'est transformé encore en nouveau tic caractérisé par des secousses de dénégation de la tête survenant, comme le hoquet et le tic précédent, exactement aux mêmes heures dans la journée. Ce tic cesse lui-même brusquement un mois et demi après, huit à dix jours avant le retour des règles, qui n'avaient pas paru depuis six mois. Ici, l'hypnose, pas plus que la suggestion, n'ont eu d'influence évidente : mais la pression de certains points du corps, comme la région lombaire gauche, augmentait nettement les tics ou les faisait naître quand ils ils n'existaient pas. De plus, ce fait que les tics, absents le matin, augmentaient progressivement à partir de midi jusqu'à trois heures pour diminuer ensuite et cesser régulièrement vers quatre heures ou quatre heures et demie, et cela quotidiennement pendant plus de six mois, est encore en faveur d'une origine hystérique vraie.

Certains caractères de ces deux cas de tic hystérique ont beaucoup frappé notre attention. L'un de nous a montré au Congrès de Grenoble [1], l'action modificatrice exercée sur les tics en

(1) A. Pitres. Considérations sur l'étiol. et la symptôm. des tics, (*Comptes rendus du Congrès*, t. II, pp. 97-99.)

général par la fixation de l'attention, la vue du médecin, la station horizontale, l'exécution de certains actes ou travaux délicats (écrire, coudre, broder, jouer du piano, etc.) et surtout par le rythme respiratoire (respirer, chanter, déclamer, réciter, lire, compter, etc.). On aurait donc pu supposer *à priori* que ces influences modificatrices seraient très efficaces dans les tics hystériques. Or il est curieux de constater que, dans les deux observations que nous venons de rapporter, les tics se sont montrés absolument réfractaires à leur action.

M. Henry MEIGE (de Paris). — A diverses reprises, j'ai fait quelques réserves au sujet des tics hystériques. Il m'a paru, en effet, qu'à l'époque où l'on avait tendance à mettre l'hystérie en cause, peut-être un peu plus que de raison, on l'avait rendue responsable d'un trop grand nombre de tics.

Je crois volontiers, que l'on peut observer des tics chez les hystériques, j'entends par là chez des sujets qui présentent au complet le syndrome névropathique et psychopathique auquel on donne le nom d'*hystérie*. Ces sujets sont des prédisposés au premier chef; il n'est pas surprenant de rencontrer parmi eux des tiqueurs.

Cependant, bien que j'aie toujours recherché avec soin chez les tiqueurs les accidents hystériques, je ne les ai rencontrés que très exceptionnellement, et je me crois autorisé à redire aujourd'hui plus affirmativement encore: l'immense majorité des tiqueurs ne sont pas des hystériques.

Que le tic puisse être considéré comme une « modalité clinique particulière de l'hystérie elle-même, un véritable accident hystérique », cela ne me paraît pas inadmissible : mais qu'est-ce que l'hystérie ?...

M. le Dr JOCQS, de Paris.

Valeur séméiologique des troubles pupillaires dans les affections cérébro-spinales. — Les troubles pupillaires s'observent le plus souvent dans le tabes, la paralysie générale et les lésions cérébrales syphilitiques.

Dans le tabes on observe : le signe d'Argyll-Robertson, le myosis et l'inégalité pupillaire.

L'inégalité pupillaire n'appartient pas en propre au tabes : elle correspond le plus souvent à une ophtalmoplégie interne de l'un ou de l'autre œil, laquelle dépend toujours de la syphilis.

L'irrégularité pupillaire ne constitue pas un signe de tabes. C'est un état normal n'apparaissant pas lorsque la pupille a ses mouvements et ses dimensions normaux, se manifestant au contraire lorsque la pupille est paresseuse et immobilisée pathologiquement.

La syphilis seule ne donne pas lieu au phénomène d'Argyll-Robertson. Ce signe indique toujours le tabes et une autre lésion médullaire.

Si on l'observe souvent chez des syphilitiques, c'est que beaucoup de syphilitiques deviennent tabétiques. Mais tous les tabétiques ne sont pas syphilitiques.

Les troubles pupillaires presque toujours dus à la syphilis sont ceux qui sont constitués par l'ophtalmoplégie interne partielle ou totale (paralysie du muscle constricteur de la pupille, ou du muscle accommodateur, ou des deux à la fois).

Les lésions causales de ces troubles pupillaires dans la syphilis, sont rarement d'origine nucléaire, mais le plus souvent d'origine basale. Il n'ont rien à voir avec le tabes.

Les troubles pupillaires de la paralysie générale se rapprochent beaucoup de ceux de la syphilis. L'inégalité pupillaire correspond toujours à un trouble dans la motricité de l'iris. Le signe d'Argyll-Robertson n'y est jamais pur comme dans le tabes.

Ce qui apparaît d'abord dans la P. G., c'est la parésie, allant jusqu'à la paralysie complète du muscle constricteur. Puis la parésie, jusqu'à la paralysie complète du muscle accommodateur. En somme, c'est l'ophtalmoplégie interne progressive. L'inégalité pupillaire tient uniquement à la différence de marche de l'ophtalmoplégie dans les deux yeux.

Il existe une variété d'inégalité pupillaire dite « à bascule » qui est absolument physiologique ou, en tout cas, ne constitue qu'une anomalie congénitale complètement indépendante de tout état pathologique.

M. le Dr EUGÈNE-BERNARD LEROY.

Les Convictions délirantes hypocondriaques dans la Folie de la Persécution. — Les convictions hypocondriaques véritables sont assez peu communes dans la folie chronique de la persécution (Type LASÈGUE-FALRET) : le malade, loin de se croire atteint d'une déchéance physique ou intellectuelle quelconque, évolue presque toujours progressivement vers les convictions délirantes de grandeur qui sembleraient bien être ce que l'on peut imaginer de plus opposé à l'hypocondrie; mais il n'y a pas là de règle absolue; sur les quatre observations personnelles et inédites que j'ai choisies parce qu'elles me paraissaient particulièrement nettes, trois se rapportent à des persécutés avec hallucinations de l'ouïe, la quatrième à une malade qui me paraît ne rentrer exactement dans aucun des cadres classiques, quoiqu'elle se rapproche beaucoup, par certains côtés, des persécutés raisonnants.

Au point de vue des relations entre les convictions délirantes hypocondriaques et les convictions délirantes de persécution, ces quatre observations peuvent être réparties dans trois catégories distinctes, selon que :

A). L'idée d'un trouble de la santé et l'idée de persécution évoluent parallèlement, sans que l'on puisse affirmer qu'elles réagissent notablement l'une sur l'autre;

B). Le trouble imaginaire de la santé est considéré par le sujet comme résultant des persécutions qu'il a subies;

C). Le trouble de la santé est considéré par le sujet comme le prélude obligé de la persécution : ses ennemis n'auraient aucun pouvoir sur lui si l'on n'avait pas commencé par le rendre malade.

M. le Dr EUGÈNE-BERNARD LEROY.

Remarques sur les délires du « parasitiférisme », appuyées sur cinq observations inédites. — Parasitifère « se dit des êtres qui nourrissent des parasites » (LITTRÉ); on peut donc forger régulièrement le mot parasitiférisme pour désigner le « fait de nourrir des parasites », et ce que j'appelle conviction

délirante de parasitiférisme, c'est la conviction délirante d'être habité par un être que le malade considère comme vivant plus ou moins à ses dépens.

La conviction d'être habité par un parasite peut se rencontrer chez les débiles (observation d'une malade qui croyait avoir dans le crâne un cloporte lui rongeant le cerveau) ; elle constitue souvent alors une simple « erreur de diagnostic » faite par le malade cherchant à s'expliquer ainsi les symptômes très réels qu'il ressent.

Elle peut cependant, chez les débiles également, constituer une véritable conviction délirante, et s'accompagner d'hallucinations. Cas d'une malade chez qui on observait en même temps des convictions délirantes de persécution.

Cette même conviction délirante peut compliquer un délire de persécution de forme classique : Cas d'une malade persuadée que ses ennemis lui avaient introduit une souris dans le corps.

Enfin, elle peut constituer le fonds d'un délire systématisé évoluant d'une façon chronique : Cas d'une malade qui croit loger ainsi un « ver poilu » colossal, et cas d'une malade qui se croit enceinte depuis vingt-deux ans ; le fœtus de l'une et le ver de l'autre sont considérés par elles comme des personnages doués de volonté et d'intelligence, et de tels délires rappellent bien plutôt les délires de possession ou même les délires de persécution, que les délires hypocondriaques véritables.

M. le Dr Eugène-Bernard LEROY.

Préoccupations hypocondriaques avec hallucinations obsédantes de l'ouïe ou de l'odorat. — Observation d'une malade actuellement âgée de 41 ans, ayant toujours manifesté une tendance aux préoccupations hypocondriaques, tendance qui se traduisait même par des rêves spéciaux. Actuellement elle croit exhaler une odeur repoussante et entend sans cesse des voix affirmant qu'elle est atteinte de diverses affections organiques, annonçant sa mort prochaine, commentant les diagnostics des médecins qu'elle a consultés, etc.

M. le Dr CRUCHET (de Bordeaux).

Hémispasme facial périphérique post-paralytique. — L'an dernier, au Congrès de Pau, je me suis efforcé de différencier les unes des autres certaines « formes cliniques des tics unilatéraux de la face » : c'est le titre de ma communication (1). J'ai décrit en particulier, sous les noms de *tic organique paralytique* et de *tic organique non paralytique* deux formes spéciales dont on trouvera une première étude dans ma thèse sous le terme générique de *tic matériel* (2). Il m'a paru intéressant, à propos d'un nouveau cas, de revenir sur ces faits : toutefois, comme le mot *spasme* tend de plus en plus à remplacer dans les observations de cet ordre celui de *tic organique* ou *matériel* (qui en est exactement l'équivalent), je ne me servirai que du mot spasme.

On peut, d'une manière générale, établir deux grandes divisions dans le spasme facial, suivant qu'il est d'origine *centrale* ou *périphérique*.

En ce qui concerne le spasme facial périphérique — le seul qui nous intéressera aujourd'hui — trois cas peuvent se présenter :

1° Le spasme facial périphérique est *primitif*, sans paralysie consécutive. Ce spasme naît d'emblée et absolument dans les mêmes conditions que la paralysie faciale périphérique, mais les muscles se mettent à réagir sous la forme d'un spasme au lieu de tomber en paralysie : cas de Graves, François, Debrou, Meige, Babinski, etc. (3).

2° Le spasme facial périphérique est *post-paralytique*, c'est-à-dire qu'il précède la paralysie faciale : on trouve la relation de faits de ce genre dans certaines observations de Bell, en 1830.

(1) Cette communication a paru *in extenso* dans *La Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° du 16 octobre 1904. — Congrès de Pau, comptes rendus, t. 31, p. 217.

(2) *Étude critique sur le tic convulsif*, etc , thèse Bordeaux, 1901-02, p. 17-21, 31-35, 41-43, 60-63, 71-73. — Voir également la discussion sur la malade présentée par MM. Cabannes et Teulières : Un cas de tic de la face à la suite d'une paralysie faciale périphérique, *Soc. anat. et phys. de Bordeaux*, séance du 12 déc. 1904, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 janvier 1905, p. 47. Cette malade est celle de l'observation que nous allons rapporter.

(3) En voir la description sous les noms de *tic non paralytique* dans notre communication sur les tics unilatéraux de la face, *loc. cit.* — Consulter les travaux de Meige, Mourier, Lannois et Porot, etc.

3° Le spasme facial périphérique est *post-paralytique*. Cette forme est la plus connue, surtout depuis Bell, Marshall-Hall, Romberg, Duchenne, etc. Le premier cas de spasme facial publié par Feindel et Meige en 1898, doit être classé dans ce groupe.

Ces spasmes post-paralytiques, à la fois d'ordre tonique et clonique, sont généralement considérés en pratique soit comme un signe précurseur de la contracture, soit comme un signe avant-coureur de la guérison de cette contracture avec laquelle ils disparaissent; mais ils peuvent aussi exister sans qu'il y ait contracture à proprement parler : ils constituent alors comme une réaction particulière des muscles atteints antérieurement de paralysie.

Voici une nouvelle observation de spasme périphérique paralytique. Nous tenons à remercier tout particulièrement notre excellent ami le professeur agrégé Cabannes, qui a bien voulu nous montrer la malade et nous donner la facilité de l'examiner à loisir.

Jeanne D..., âgée de 11 ans, vient à la consultation de M. le professeur agrégé Cabannes, à l'hôpital des Enfants, en novembre 1904. M. Cabannes nous la montre le 15 décembre.

Voici l'histoire de la malade telle que nous avons pu la recueillir à cette date.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 44 ans, typographe; rien de particulier à signaler, à part des coliques de plomb il y a quinze ans. Nature calme, jamais de tics.

Mère, 38 ans, migraineuse, tempérament vif, très nerveuse, sujette à des douleurs rhumatismales, mais jamais de maladies sérieuses. Pas de crises convulsives ni de tics.

Deux enfants; une fille, 12 ans, bien portante mais nerveuse; une deuxième fille, la malade.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler de l'enfance, à part quelques troubles gastro-intestinaux vers 9 ou 10 ans; quelques migraines de temps en temps; rougeole à 5 ans sans suites anormales. A 6 ans, extirpation de deux ou trois fics au niveau du menton, qui ne se sont pas reproduits. L'enfant est vive, nerveuse, mais n'a jamais eu de crises de nerfs. Elle rit facilement, et prend parfois des colères assez fortes.

Histoire de la maladie. — Il y a quatre ans, Jeanne, ayant alors 7 ans, fait une promenade assez longue sur le devant d'un tramway. Le lendemain matin, sa mère remarque que le côté gauche de la face de sa fille est immobile; elle pense à une fluxion dentaire et ne s'en inquiète

pas tout d'abord, l'enfant mangeant et buvant bien, sans gêne de la mastication ni perte de salive. Cependant, comme au bout de six jours, la face demeurait toujours tordue, le côté gauche déviant de plus en plus vers la droite (en particulier dans le rire), tandis que l'œil se fermait mal, la mère se décide à conduire l'enfant à l'hôpital Saint-André, à la consultation de M. le professeur Bergonié. Là, on porte aussitôt le diagnostic de paralysie faciale périphérique et on conseille un traitement électrique à raison d'une séance tous les deux jours environ, d'une durée de dix minutes chaque fois, suivie d'un massage d'une ou deux minutes. Une électrode était placée successivement sur tous les groupes musculaires du côté gauche de la face.

Au bout de quatre ou cinq séances l'œil se referme tout seul. Au bout de quinze séances la déviation elle-même a disparu, les divers muscles de la face ont repris leurs fonctions. Dans le rire en particulier, on ne remarque plus rien d'anormal. On continue néanmoins l'électrisation et l'on va jusqu'à trente séances. L'enfant, dès lors, est considérée comme guérie.

Un an plus tard environ, Jeanne ayant alors 8 ans, la mère remarque que l'œil gauche paraît moins ouvert que le droit. Elle se décide un mois plus tard à revenir à l'hôpital pour faire de nouveau électriser sa fille. On l'électrise pendant un mois et demi, dans les mêmes conditions que l'année précédente, mais la mère note que l'enfant supporte les séances avec moins de calme que la première fois. Jeanne dit que la douleur ressentie pendant l'électrisation est beaucoup plus vive; de plus, la mère remarque, quatre ou cinq séances avant la fin de cette nouvelle période d'électrisation, que dans la journée, en dehors des moments d'électrisation, sa fille présente de petits mouvements d'élévation brusques, cloniques, de la commissure labiale gauche. Peu après on fait cesser à l'enfant tout traitement.

A noter qu'à cette époque, à ce que raconte la mère, un élève du service de M. Bergonié remarque la petite secousse dans le visage de la fillette et dit à la mère : « Mais cette enfant a un tic, il faudra la corriger. »

Un an plus tard, il y a deux ans, la mère vient à l'hôpital des Enfants montrer l'œil gauche de sa fille dont l'occlusion lui semble avoir augmenté. C'est M. Ginestous qui fait l'examen : il constate en effet une occlusion plus marquée qu'à droite et envoie la malade à M. Debédat; celui-ci, après examen électrique, déconseille l'électrisation. C'est depuis cette époque que les secousses de la face ont surtout attiré l'attention de la mère. Ces secousses ne se produisent pas d'une façon régulière : elles sont plus fréquentes suivant les jours et les moments, sans être jamais très nombreuses : 10 à 30 secousses par jour. Elles se montrent généralement uniques, plus rarement on en constate deux successives, quelquefois trois, et tout rentre dans l'ordre.

Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis deux ans, jusqu'à aujourd'hui,

pas de traitement. Il y a un an, conjonctivite gauche lavée à l'eau boriquée pendant un mois, et guérison. Cette conjonctivite n'aurait eu aucun effet sur les secousses cloniques de la commissure gauche, qui se produisaient toujours dans les mêmes conditions, c'est-à-dire peu fréquentes, uniques généralement, rapides et brèves dans leur production.

Depuis deux ou trois mois, la mère remarquant que l'œil gauche a de plus en plus tendance à se fermer, qu'il pleure quand l'enfant se mouche (ce qui n'a pas lieu de l'autre côte), constatant également que la secousse de la commissure gauche gagne l'œil, qui cligne légèrement en même temps, revient à l'hôpital des Enfants, où sa fille est examinée par M. Cabannes, qui nous montre la malade le 15 décembre.

État actuel (15 *décembre* 1904). — Enfant à teint lymphatique, aux cheveux blonds, de teint rosé, d'une taille suffisante pour son âge, et en bonne santé apparente : le cœur, les poumons, le tube digestif, le système génito-urinaire sont en parfait état. En ce qui concerne le système nerveux : intelligence moyenne ; a appris a lire avec assez de difficulté. Caractère indocile, inattentif. Enfant sujette à des cauchemars, mais pas peureuse. Pas de stigmates d'hystérie : cependant abolition du réflexe pharyngien. Le champ visuel n'a pas été recherché. Réflexes abdominaux vifs et rotuliens conservés, toute notre attention s'est concentrée du côté du visage.

L'examen de la face au repos montre simplement que l'œil gauche est un peu moins ouvert que le droit. Les sourcils, les ailes du nez, les commissures sont sensiblement sur un même niveau. Les sillons naso et labio-géniens ne sont pas plus marqués d'un côté que de l'autre. De loin en loin on constate de petites secousses brusques dans le côté gauche du visage qui se caractérisent par la demi-occlusion de l'œil en même temps que s'élève la commissure labiale gauche et que le menton présente une petite fossette. Ces secousses paraissent comme superficielles, n'intéressant pas les muscles en totalité ; elles sont généralement uniques, se reproduisent rarement deux fois de suite ; elles sont enfin peu fréquentes, puisque durant l'examen, qui a duré près de quatre heures, nous les avons constatées une douzaine de fois. Ces secousses, qui paraissent exister à l'état de repos, se montre presque toujours à l'occasion de certains mouvements de la mimique, surtout dans l'occlusion de l'œil. On ne sait pas si ces secousses existent dans le sommeil.

L'examen de la face dans les divers mouvements volontaires peut être fait soit lorsque ces mouvements sont limités à un ou quelques muscles de la face, soit lorsque ces mouvements impliquent la mise en action du plus grand nombre des muscles de la mimique.

Mouvements volontaires limités. — *Mouvements du front et des sourcils.* — *a*) Contraction du frontal : quand on dit au sujet de faire contracter son front, on constate que les sourcils s'élèvent synergique-

ment et sont portés au même niveau; les rides transversales du front apparaissent en même temps et sont comparables des deux côtés. Enfin, tant que dure la contraction du frontal, la fente palpébrale devient sensiblement égale des deux côtés; parfois un léger tremblement fibrillaire parcourt la paupière inférieure gauche.

b) Dans la contraction associée du frontal et du sourcilier, apparaissent des rides verticales qui sont égales des deux côtés, mais la fente palpébrale gauche se montre alors un peu plus étroite qu'à droite.

c) Contraction du sourcilier : dans le froncement léger des sourcils l'occlusion de l'œil gauche est faible, comme dans le cas précédent, mais si le froncement est *fort* alors que les sourcils un peu abaissés demeurent encore au même niveau, l'œil gauche est manifestement plus fermé que le droit.

Mouvements des paupières. — *A*) *L'occlusion des paupières* (action de l'orbiculaire), sous l'influence de la volonté seule, peut se faire soit bilatéralement, soit unilatéralement.

1° Dans le premier cas, c'est-à-dire quand on dit à Jeanne de fermer les deux yeux ensemble, trois cas sont à considérer suivant que l'occlusion des paupières est légère, moyennement forte, ou très forte.

a) Dans l'occlusion *légère* des paupières, on ne constate pas de différence notable dans l'état des paupières d'un côté ou de l'autre. Cependant à certains moments, les paupières sont prises de palpitation et cette palpitation paraît un peu plus marquée à gauche. Mais le fait important est que cette occlusion simple — alors que la partie droite du visage demeure immobile — entraîne instantanément une élévation légère de la commissure labiale gauche, tandis que le sillon naso-génien de ce côté se creuse un peu plus que le droit. On constate qu'en même temps la contraction musculaire s'étend jusqu'au menton, toujours à gauche, où l'on note une petite fossette à un centimètre environ de la symphyse mentonnière.

b) L'occlusion *moyennement forte* exagère nettement les phénomènes précédents et l'on voit l'élévation de la commissure gauche augmenter, les sillons naso et labio-géniens se creuser encore davantage, enfin la fossette mentonnière s'allonger irrégulièrement.

c) Dans l'occlusion *très forte* les sillons naso et labio-géniens se creusent encore plus profondément, les commissures labiales et les ailes du nez s'élèvent elles aussi davantage, mais ces modifications sont identiques à droite et à gauche, et l'on ne fait plus aucune différence entre chaque côté;

2° Dans le deuxième cas, c'est-à-dire quand on fait fermer un œil seulement, la difficulté de comparaison est plus grande. En effet, même chez un sujet parfaitement sain, l'élévation légère de la commissure accompagne toujours la fermeture de l'œil du même côté, et l'on constate une sorte de tremblement fibrillaire de tout ce même côté, tremblement qui s'étend jusqu'aux muscles du menton. Malgré cela, en com-

parant successivement et à de nombreuses reprises, l'effet de l'occlusion à droite et à gauche, il nous a paru évident que l'élévation de la commissure gauche, quand on faisait fermer l'œil gauche seul, était plus marquée que celle de la commissure droite quand on faisait fermer l'œil droit seul. De plus, la fossette mentonnière, déjà mentionnée, alors qu'elle apparaissait nettement à gauche dans l'occlusion du seul œil gauche, était plus que douteuse à droite dans l'occlusion du seul œil droit.

B. — *L'élévation* de la paupière supérieure (action du releveur de la paupière) s'effectue aussi bien à droite qu'à gauche et ne provoque nullement l'élévation de la commissure gauche.

Notons que si on veut ouvrir les paupières en disant à Jeanne de les tenir fermées le plus rigoureusement possible, on éprouve une résistance identique à droite et à gauche. Il en est de même si on veut fermer la paupière supérieure malgré la malade : la résistance est égale des deux côtés.

Mouvements des yeux. — Les mouvements des globes oculaires en bas, en haut, à droite, à gauche, sont parfaitement conservés et s'exécutent normalement des deux côtés. Les mouvements synergiques des paupières, en particulier dans la vision en bas, sont également comparables, et normaux, et la fente palpébrale se montre rétrécie autant d'un côté que de l'autre. Pendant ces divers mouvements des globes oculaires, les autres muscles du visage demeurent immobiles et on ne constate pas en particulier d'élévation de la commissure gauche.

Mouvements du nez. — Si l'enfant rétrécit ses narines (action du myrtiforme) de façon faible ou forte, les sillons naso-géniens se creusent à droite et à gauche également; si elle dilate les narines (action du dilatateur, dans l'acte de se moucher par exemple), les commissures s'élèvent en même temps, et la même hauteur, et les sillons naso et labio-géniens se marquent profondément.

Les divers mouvements de l'aile du nez, le reniflement, fort surtout, entraînent instantanément une diminution de la fente palpébrale gauche (ce qui n'a pas lieu à droite). Notons enfin que, dans l'acte de se moucher, l'œil gauche pleure, surtout quand l'enfant se mouche un peu fort : l'œil droit reste au contraire sec.

Mouvements des lèvres. — *A.* L'action *unilatérale* volontaire est limitée à l'action du buccinateur et des zygomatiques qui portent en arrière et en haut la commissure sur laquelle ils agissent. Chez Jeanne, l'entrée en jeu de ces muscles, à gauche, provoque du même côté la demi-occlusion de l'œil, ce qui n'a pas lieu pour l'œil droit, quand les muscles symétriques de droite entrent isolément en action.

B) Action *bilatérale.* Si l'on dit à l'enfant d'allonger transversalement les lèvres sans ouvrir la bouche (action des buccinateurs et des zygomatiques), si on lui dit de faire la moue, siffler, souffler, sucer, pincer les lèvres, gonfler les joues, etc. (action des orbiculaires, asso-

ciée suivant les cas à celle des élévateurs de la lèvre supérieure, zygomatiques, houppes du menton, etc.), on voit que ces différents actes s'effectuent sans difficulté, et normalement. Mais là encore, d'une manière générale, on constate que l'œil gauche se ferme plus que le droit et, qu'à certains moments, tout le côté gauche est parcouru d'une ondulation fibrillaire superficielle, avec présence de la fossette mentonnière déjà signalée, phénomènes qui ne se produisent pas à droite.

Dans l'ouverture de la bouche on note une déviation oblique ovalaire légère, les dents d'en bas étant plus découvertes à droite qu'à gauche. Cette ouverture de la bouche provoque instantanément la presque occlusion de l'œil gauche.

Bonne dentition. Pas de voûte ogivale, pas de déviation de la langue. Pas de nasonnement ni de troubles de la déglutition : le voile du palais se contracte bien, la luette est déviée à gauche. Pas de bourdonnements d'oreilles.

Mouvements du menton. — Certains mouvements volontaires du menton : abaissement de la lèvre inférieure (carré du menton), abaissement de la commissure (triangulaire), élévation de la lèvre inférieure et marmottement (houppe du menton) nous ont paru assez difficiles à dissocier chez Jeanne, où ils se confondent avec les mouvements des lèvres décrits plus haut et produisent des phénomènes analogues.

MOUVEMENTS VOLONTAIRES GÉNÉRALISÉS. — Le rire et le pleurer voulus, certaines grimaces provoquent chez l'enfant l'occlusion presque complète de l'œil gauche, avec élévation plus marquée de la commissure à gauche qu'à droite, et production de la fossette mentonnière gauche.

Dans la récitation, il en est de même, mais d'une façon inconstante, suivant le degré d'animation que présente la mimique.

MOUVEMENTS INVOLONTAIRES. — Dans certains mouvements involontaires de la mimique, à la suite d'émotions morales diverses, entraînant de la joie (rire) ou de la tristesse (pleurer), l'hémiface gauche se contracte également dans son ensemble d'une façon exagérée. De même certaines excitations extérieures, comme la lumière du soleil ou une vive lumière, provoquent la presque occlusion de l'œil gauche avec élévation exagérée de la commissure labiale gauche, et présence de la fossette mentonnière.

— L'examen de la *sensibilité* indique son intégrité parfaite. En particulier, au niveau de la face la piqûre est perçue nettement aussi bien à droite qu'à gauche. La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent très bien à la lumière et à l'accommodation. — Sensibilité cornéenne normale des deux côtés.

— L'examen *électrique*, pratiqué par M. Bergonié, et que M. Cabannes a bien voulu nous communiquer, indique que l'excitabilité faradique

pour toutes les branches du nerf facial et pour les muscles innervés par ce nerf, est conservée normale. De même l'excitabilité galvanique est normale; K a F S > An F S; secousse brève.

Le spasme que nous venons de décrire présente à considérer un certain nombre de particularités cliniques intéressantes.

I. — Au point de vue *symptomatique* :

1° Il est rigoureusement unilatéral.

2° Il est constitué par un état spasmodique de l'hémiface gauche offrant ce double caractère d'être à la fois *tonique* et *clonique*.

3° Le spasme tonique, léger au point de passer inaperçu quand le visage est au repos, devient des plus manifestes dans les mouvements étendus de la mimique, que ces mouvements soient voulus comme dans certaines grimaces, ou involontaires comme dans le rire, dans le pleurer, et dans les contractions réflexes causées par une vive lumière, par exemple. Cet hémispasme est alors caractérisé par la demi-fermeture de l'œil, l'élévation de la commissure labiale gauche, nettement plus accentuée qu'à droite, l'exagération des sillons naso et labio-géniens plus profonds qu'à droite, et la coexistence d'une petite fossette au niveau du menton, à un centimètre environ, en dehors et à gauche, de la symphyse mentonnière.

4° Cet hémispasme tonique *total* peut être décomposé par l'analyse clinique en un certain nombre de spasmes *partiels* susceptibles d'exister isolément. Ce sont : les spasmes *fronto-palpébral*, *naso-palpébral* et *labio-palpébral*, dans lesquels la contraction volontaire limitée aux muscles du front et des sourcils, la contraction volontaire limitée aux muscles des ailes du nez, la contraction volontaire limitée aux muscles des lèvres, ont chacune pour effet d'entraîner immédiatement la demi-occlusion de l'œil gauche ; et ce sont encore les spasmes *palpébro-labial* et *palpébro-labio-mentonnier* dans lesquels l'occlusion de l'œil gauche provoque instantanément l'élévation de la commissure gauche et l'apparition de la fossette mentionnière.

5° Dans chacun de ces spasmes partiels — prenons le palpébro-labial, par exemple — il y a donc à considérer · *a*) une contraction volontaire, c'est-à-dire la fermeture de l'œil ; *b*) une contraction involontaire associée à la première, c'est-à-dire l'élévation de la commissure labiale.

Mais — fait curieux — l'ordre des termes peut être inversé, c'est-à-dire que la contraction qui était involontaire peut devenir volontaire, et la contraction qui était volontaire, devenir absolument involontaire (malgré tous les efforts du sujet pour empêcher cette contraction). Ainsi, le spasme palpébro-labial peut devenir à volonté labio-palpébral, et nous aurons : *a*) une contraction volontaire, c'est-à-dire l'élévation de la commissure ; et *b*) une contraction involontaire, c'est-à-dire la demi-fermeture de l'œil. Toutefois, il est à remarquer que la contraction involontaire est toujours moins accentuée que la contraction volontaire à laquelle elle est associée. Il faut dire également que cette inversion des termes n'existe pas pour tous les spasmes partiels : elle n'est ici vraiment nette que pour l'emploi choisi.

6° Sur ce fond de spasme tonique apparaissent parfois de petites secousses *cloniques*, généralement uniques, peu fréquentes (10 à 30 par jour), brèves et brusques, comme superficielles, qui passent comme l'éclair, et sont manifestement en dehors de la volonté. Ces secousses sont caractérisées par un clignement rapide de l'œil gauche, une vive contraction de la commissure labiale gauche et un tiraillement brusque des muscles gauches du menton, avec exagération fugitive de la fossette mentonnière. Cependant, ces secousses ne paraissent pas être toujours superposées ainsi à l'état tonique : il semble parfois qu'elles naissent spontanément ; il semble aussi que le clignement de l'œil gauche les provoque à certains moments : mais cette influence est des plus inconstantes, puisque le spasme clinique — nous l'avons vu — est bien loin d'avoir lieu chaque fois que cligne la paupière.

II. — Dans le cas particulier, le *diagnostic* était assez délicat, vu que l'enfant présentait de temps à autre un clignement rapide de l'œil droit, associé parfois à quelques secousses brusques de latéralité de la tête. On était ainsi conduit à penser à un tic bilatéral banal, surtout que dans l'hémiface gauche, seuls les mouvements cloniques frappaient l'attention au premier abord.

On était ainsi le jouet d'une double illusion : *a*) on voyait à gauche un tic où existait en réalité un spasme ; *b*) on décorait de *tics* un clignement droit et quelques secousses de la tête qui étaient simplement de ces petites grimaces volontaires, notées commu-

nément chez les timides fillettes qui cherchent à se composer un maintien.

III. — Il semble difficile, au point de vue *étiologique*, de ne pas voir dans ce spasme soit un reliquat, soit une complication tardive de la paralysie périphérique antérieurement présentée par la malade. Et la question qui se pose est de savoir s'il n'existe pas de rapport entre ce spasme et la contracture.

De fait, il s'agit ici d'une paralysie faciale périphérique remontant à quatre ans, et qui a été guérie en trois mois par l'électrisation. Mais un an plus tard a commencé à apparaître un état spasmodique d'ordre tonique extrêmement léger d'abord, qui s'est augmenté depuis trois ans ; cependant il est encore si peu marqué, qu'il faut pour le dépister une étude analytique des plus minutieuses ; à cet état tonique se sont surajoutées, depuis deux ans, des secousses cloniques, d'abord limitées à la commissure labiale gauche, qui se sont propagées à l'œil et au menton : mais là encore, cet état spasmodique clonique est très peu accentué.

En somme, cette marche progressive, quoique très lente, est bien un peu celle qui conduit à la contracture : mais ce n'est pas de la contracture à proprement parler. En présence de phénomènes spasmodiques de même genre, Duchenne disait déjà : spasme *précurseur* de la contracture.

Peut-on affirmer qu'il s'agit d'un spasme de cet ordre, et que la contracture est prochaine ? Nous ne le pensons pas ; car deux cas peuvent se présenter : ou bien le spasme persistera ainsi pendant un certain temps pour disparaître sans aboutir à la contracture, ou bien il se transformera progressivement en véritable contracture. Il s'agit de deux états cliniques différents : et c'est pourquoi ne sachant pas ce qui arrivera dans le cas particulier, la désignation de spasme périphérique post-paralytique — qui ne fait préjuger de rien — nous paraît la plus rationnelle.

IV. — Enfin, au point de vue *pathogénique*, on est très mal renseigné sur ces spasmes post-paralytiques. En particulier, il paraît assez paradoxal que, dans des cas de ce genre, les réactions électriques, comme ici, soient entièrement normales.

M. SABRAZÈS (Bordeaux).

Mouvements involontaires stéréotypés des doigts s'organisant en tic dans le tabes. — Dans le tabes il n'est pas rare d'observer des mouvements involontaires d'adduction et d'abduction, d'opposition et de friction des doigts, particulièrement du pouce et de l'index, rappelant le jeu d'une pince et se manifestant surtout à l'occasion de la parole.

Ces stéréotypies ne sauraient être confondues avec l'ataxie du tonus. Quand on remonte à leur origine, on apprend qu'elles ont été précédées par des malaises dans les mains devenues maladroites, par une diminution de la sensibilité et par un engourdissement des doigts incitant le malade à frotter les doigts l'un contre l'autre comme pour les ranimer, représentant ainsi une sorte de réaction motrice contre une sensation d'engourdissement. Dans d'autres cas, ces stéréotypies reproduisent des mouvements en rapport avec la profession des malades (palper de l'étoffe chez une tailleuse, dévider de l'étoupe). Ces stéréotypies obsèdent les malades, qui s'efforcent de les dissimuler par divers moyens.

Depuis que notre attention a été attirée sur ces faits, il nous a été donné d'en réunir cinq cas et de rapprocher ces stéréotypies des mouvements d'habitude s'organisant en tics. Leur fréquence dans le tabes leur confère une certaine importance séméiologique.

M. MEIGE. — Les tics des doigts de la main sont rarissimes, et je n'en ai jamais vu un vrai cas, et je fais toutes réserves — n'ayant pas vu les malades — sur les cas communiqués par M. Sabrazès.

M. SABRAZÈS. — Les tics des doigts ne sont pas aussi rares que cela. Dernièrement, nous en avons publié un cas. Il s'agit d'un aveugle qui, au début de sa cécité, jetait son doigt en avant comme une entenne lors de la marche. Or, par habitude, le doigt demeure en érection même pendant le sommeil. C'est bien là un tic d'habitude.

M. DIDE. — Ces tics des doigts se rencontrent quelquefois parmi les malades de nos asiles. Je pourrais en montrer trois ou quatre cas à M. Meige. Il s'agit, en général, de déments précoces,

chez lesquels, au début, les hallucinations auditives s'accompagnaient de gestes qui ont demeuré, bien que les malades soient dans la démence complète.

M. MEIGE. — Il s'agit, je crois, dans les cas qu'on nous cite, bien plus de stéréotypie que de tics, car on n'y trouve pas les mouvements convulsifs, brusques, qui caractérisent le tic.

M. RÉGIS. — Dans les observations de M. Sabrazès il y avait le caractère obsédant, et l'obsession n'appartient qu'au tic.

SÉANCE DU MERCREDI 2 AOUT

(SOIR)

LE

SYNDROME DE LA NÉVRITE ASCENDANTE

(Névrites ascendantes régionales. Clinique et Expérimentation.)

Par M. J.-A. SICARD (de Paris)

RÉSUMÉ

Du groupe confus des névrites ascendantes, le rapporteur a distrait un syndrome caractéristique par ses allures cliniques, caractéristique également par ses réactions anatomo-physiologiques : le syndrome de la névrite ascendante post-traumatique, de cette névrite qui survit à la toxi-infection localisée, et qui affectant une topographie régionale, peut être dénommée *névrite ascendante post-traumatique régionale.*

Cette conception de la névrite ascendante, ainsi réduite à ses très justes limites, n'a pas toujours eu gain de cause. Il suffit de lire les mémoires de la fin du XVIIIe siècle et du commencement du XIXe pour voir qu'à cette époque la théorie d'une névrite ascendante, faussement et hâtivement généralisée, régnait en maîtresse. Elle était à la base de la plupart des paralysies du mouvement et de la sensibilité (paraplégies d'origine utérine, vésicale, rectale, urinaire, etc.). C'était, d'après les cliniciens d'alors, l'irritation, l'inflammation des viscères qui se propageaient le long des filets nerveux pour déterminer consécutivement des myélites, des méningo-myélites, des encéphalites, des méningo-

encéphalites. La doctrine était simpliste. Elle sut rallier la majorité des suffrages par cela même et battit en brèche les autres théories de l'*épuisement nerveux* (Weir-Mitchell), de l'*inhibition reflexe* (Brown-Séquard).

Limites du sujet. — Mais, de nos jours, on assiste au démembrement d'une telle conception, et le domaine de la névrite ascendante est allé se restreignant singulièrement. La névrite ascendante s'est démembrée au profit des myélites aiguës qui ne sauraient reconnaître, en règle générale, qu'une toxi-infection d'origine sanguine.

Elle s'est encore démembrée au profit des polynévrites et surtout du syndrome de Landry. Le syndrome de Landry n'est pas une névrite ascendante. C'est une *paralysie ascendante*, souvent même *rayonnante*, dont l'allure clinique est à évolution rapide, dont les symptômes sont bilatéraux, souvent symétriques, et qui est caractérisée histologiquement par l'ensemble des lésions portant sur le neurone moteur antérieur (cellulo-névrite de Raymond, neuronite motrice antérieure de Grasset). Le substratum clinique et anatomique de la paralysie ascendante de Landry est bien différent, comme on le verra, de celui de la névrite ascendante.

Les réactions cellulaires à distance que la méthode de Nissl nous a appris à connaître, n'appartiennent pas non plus au domaine de la névrite ascendante. Le segment nerveux intermédiaire entre la périphérie et l'aboutissant central reste, en effet, normal.

M. Sicard estime qu'il est nécessaire également de différencier le syndrome de névrite ascendante vraie d'un autre groupe de faits qu'il est bien tentant, au premier abord, d'identifier dans le même cadre nosologique. Il fait allusion à ces toxi-infections ascendantes (toxine tétanique, virus rabique) qui, à la suite d'un traumatisme, d'une plaie, sont véhiculées le long des troncs périphériques jusqu'aux centres nerveux. Il n'est pas douteux cependant que les réactions histologiques et les symptômes cliniques ne soient, dans ce cas, d'ordre bien différent. Au cours du tétanos, durant la période d'incubation, l'ascension nerveuse périphérique de la toxine se fait sournoisement, insidieusement, sans réaction sensitive ni motrice ; et, en cas de guérison confirmée, chacun

sait que les nerfs tributaires de la région traumatisée, ceux qui précisément ont véhiculé les plus grandes doses de poison, restent indemnes de toute manifestation douloureuse, parétique ou trophique.

Il en est de même pour la rage. On a reconnu d'une manière très positive que le virus rabique, localisé primitivement au siège de la morsure, gagnait les centres nerveux en cheminant le long des nerfs périphériques ; et pourtant, durant cette incubation, parfois si longue, aucun symptôme morbide ne paraît révéler cette imprégnation lente, continue, ascensionnelle du nerf par le virus rabique. La plaie de morsure est fermée depuis longtemps, et le membre atteint n'est, ou ne sera qu'exceptionnellement, pendant toute l'évolution rabique, le siège de phénomènes sensitifs ou moteurs. Peut-être même, dans les rares observations où quelques troubles nerveux localisés et rayonnant au loin de la plaie contaminée ont été signalés, s'agissait-il de névrite ascendante vraie, indépendante de l'action du virus rabique, mais due à d'autres microbes d'association.

Pour l'ensemble de ces raisons, le rapporteur pense qu'il faut éviter d'appliquer *à ces processus spécifiques* le terme univoque de névrite ascendante. Il s'agit là d'affinités spéciales pour le tissu nerveux lui-même, de vraies *ascensions nerveuses*, ou mieux, *de conductibilités nerveuses spécifiques :* nervo-conductibilité toxique (tonique tétanique); nervo-conductibilité microbienne (virus rabique). La clinique, l'expérimentation, l'anatomie pathologique légitiment ces scissions.

Ainsi dégagé, *le syndrome de névrite ascendante régionale,* dont le prototype nous est donné par la névrite ascendante régionale post-traumatique des membres supérieurs, pourra être plus méthodiquement et scientifiquement étudié.

Définition. — C'est un syndrome de région à marche extenso-progressive, lente et ascensionnelle, de la périphérie vers les centres nerveux, avec possibilité cependant de régression et de guérison ; syndrome dont sont responsables au point de départ le ou les nerfs tributaires du segment traumatisé. *Son caractère clinique* le plus constant est de s'accompagner de douleurs d'une acuité extrême, *sa caractéristique anatomique* est la réaction interstitielle du tronc nerveux.

Étiologie. — Cette névrite ascendante succède aux blessures périphériques, infectées primitivement ou secondairement. La prédominance de la névrite ascendante au niveau des membres supérieurs est remarquable. La sphère du nerf cubital réagit plus facilement que celle du radial ou du médian. Mais, tout compte fait, il s'agit d'un processus rare. Sur une statistique portant sur 148 cas de *plaies des troncs nerveux*, on ne relève que 6 cas de névrite ascendante.

Formes. — Le rapporteur n'insiste pas sur les formes *proximo-centrales*, c'est-à-dire sur les névrites ascendantes à point de départ proche des centres nerveux ; il prend pour type de sa description la *névrite ascendante disto-centrale*, c'est-à-dire à point de départ distant des centres nerveux : la névrite ascendante du membre supérieur, consécutive aux plaies des mains ou des doigts.

Symptomatologie. — On peut décrire à cette affection une première étape obligatoire : celle de *réaction périphérique à ascension limitée*. Le processus de névrite ascendante se propage ascensionnellement, mais il reste limité à la périphérie Les signes cliniques en sont : 1° *la douleur* sous toutes ses formes, la douleur aux crises paroxystiques d'une acuité effrayante ; 2° les phénomènes objectifs de sensibilité, de motricité, de trophicité, de réflectivité sous la dépendance du nerf intéressé ; 3° les troubles de raréfaction décelés par la radiographie. Cette phase ascendante périphérique peut avoir une durée de quelques mois à deux ou trois ans. Elle peut rétrocéder et être suivie de guérison. Elle est indiscutable et admise par tous les auteurs.

Par contre, y a-t-il lieu d'admettre une deuxième et une troisième étape ascendante, où le processus ascendant ne resterait pas localisé à la périphérie, mais se propagerait jusqu'aux centres : étape ganglionnaire, étape radiculo-médullaire ?

En l'état actuel, rien ne permet d'affirmer une telle conception.

Les rares *faits anatomiques* que nous ont révélés les chirurgiens, les *observations cliniques* longtemps suivies, les *recherches expérimentales* faites en collaboration avec M. Bauer, n'ont pas permis au rapporteur d'affirmer ces étapes ascendantes centrales à la suite d'un *processus d'envahissement continu de la périphérie au centre*.

Pathogénie. — Mais, pour expliquer, dans certains cas, l'intensité croissante des douleurs, leur extension, le branle-bas communiqué aux plexus avoisinants, M. Sicard invoque *une action à distance* sur les ganglions rachidiens correspondants. Ce sont ces centres ganglionnaires qui, modifiés, irrités à distance, vont entretenir et étendre les phénomènes douloureux.

Et comme les neurones sont solidaires, au moins fonctionnellement, les uns des autres, le retentissement sur l'écorce cérébrale de ces douleurs périphériques viendra ajouter son action au retentissement ganglionnaire, perpétuant ces algies si épouvantablement douloureuses, et les doublant de phénomènes fréquents d'angoisse et d'anxiété.

Les malades deviendront des phobiques, des obsédés de cure chirurgicale, avec un état mental particulier auquel viendront bientôt s'associer les troubles psychiques de la morphinomanie.

Telle est la théorie pathogénique soutenue par le rapporteur. A l'appui, il montre que les cas de syringomyélie, cités dans la science comme consécutifs à une blessure périphérique, n'ont pas été précédés de l'étape de névrite ascendante. Ce sont des faits de simple coïncidence, ou une extériorisation de la lésion médullaire préexistante sous l'influence du coup de fouet périphérique.

Diagnostic. — Le diagnostic devra surtout être fait avec les *traumato-névroses ascendantes.* La radiographie sera ici d'un utile secours. On ne devra pas se hâter de porter le diagnostic de troubles névritiques ascendants. Il faudra suivre le malade avant de se prononcer, surtout s'il s'agit d'un accident de travail.

Traitement. — C'est au chirurgien de veiller à ne pas emprisonner un tronc ou une branche nerveuse dans une ligature, à rechercher la présence de tout foyer infectieux ou de tout corps étranger au niveau de la plaie et de procéder à son extraction. Quand, après extinction du foyer primitif et cicatrisation de la plaie, les douleurs persistent ou se révèlent avec une intensité progressive, une opération sanglante ne sera autorisée qu'au cas de cal hypertrophique, d'hyperostose, de chéloïde volumineuse, de neurones terminaux appréciables au palper.

En dehors de ces indications chirurgicales nettement déterminées, le traitement doit rester médical. Toute autre intervention

serait suivie à peu près fatalement, ou d'échec complet, ou de récidive douloureuse, à brève échéance, sans parler des délabrements définitifs et des troubles trophiques permanents consécutifs à ces opérations. La liste lamentable de ces malheureux névritiques obsédés de cure chirurgicale témoigne de ces interventions les plus variées : élongation nerveuse, névrotomie (section simple), névrectomie (résection), amputations successives des segments du membre et même résection des racines postérieures.

Médicalement, on devra instituer un traitement local (repos, électrothérapie appropriée, injections *loco dolenti* de cocaïne ou de stovaïne) et un traitement général dirigé contre la douleur, l'insomnie et l'anxiété psychique de tels malades.

Discussion du rapport sur la névrite ascendante.

M. A. LÉRI (de Paris). — Le très beau rapport de M. Sicard et l'exposé très simple, très juste et très éloquent qu'il vient d'en faire, nous ont surtout frappé par la clarté que le rapporteur a su mettre dans un sujet qui, jusqu'ici, était si particulièrement obscur. Il aura eu le grand mérite d'avoir dégagé un syndrome précis, applicable à bon nombre de cas fort intéressants. Nous nous demandons simplement si ce syndrome n'est pas trop simple, trop uniforme, et s'il n'y a pas des névrites ascendantes qui ne sont pas marquées par ce syndrome, et qui, par suite, passent inaperçues.

Nous avons été amené à cette supposition par l'examen de douze moelles d'amputés, recueillies à Bicêtre dans le service de M. Pierre Marie et dont notre maître a bien voulu nous confier l'étude. Les douze amputations avaient porté neuf fois sur la cuisse, une fois sur la jambe, deux fois sur l'avant-bras.

M. Sicard admet, si nous l'avons bien compris, qu'à la suite d'une amputation, il peut y avoir ou ne pas y avoir de névrite ascendante ; dans le second cas, les lésions de la moelle seraient de simples troubles trophiques ; dans le premier, il y aurait eu forcément, *obligatoirement*, auparavant le syndrome douloureux si spécial de la névrite ascendante. C'est sur ce dernier point seul que nos examens semblent nous permettre d'émettre un doute.

Des lésions de toutes les portions de la moelle, cornes antérieures et postérieures, cordons antéro-latéraux, et cordons posté-

rieurs ont été signalés chez les amputés. Nous ne nous occuperons que des lésions des *cordons postérieurs* qui ont été décrites d'abord par Dickinson, puis étudiées surtout par M. Pierre Marie. Ces lésions existent du côté de l'amputation et aussi du côté opposé; elles sont surtout nettes à la région cervicale, dans le cordon de Goll, parce que à ce niveau toutes les fibres venant des racines postérieures inférieures se trouvent condensées.

Les *lésions homolatérales*, les principales, ont été différemment interprétées. Friedländer et Krause les attribuaient à l'existence de cellules ganglionnaires périphériques de « corpuscules du tact » à prolongement médullaire; leur ablation avec le membre amputé ferait dégénérer ce prolongement jusque dans le cordon postérieur. M. Pierre Marie a fait remarquer que, si ces cellules existent (et leur existence est loin d'être démontrée et a même été niée par Blocq et Onanoff), elles ne jouent en tout cas qu'un rôle minime et ne suffisent pas à expliquer les grosses lésions médullaires que l'on observe quelquefois. Aussi M. Marie croit que le rôle principal revient à une infection qui suit le trajet des nerfs, à une *névrite ascendante* remontant jusqu'au ganglion rachidien et jusqu'à la moelle.

M. Marinesco pense que, quand une partie quelconque d'un neurone est lésée, le neurone souffre et dégénère plus ou moins dans sa totalité; d'après lui, à la suite d'une amputation, il se produirait une *réaction à distance* dans les cellules ganglionnaires rachidiennes dont le prolongement périphérique est sectionné et la dégénérescence du prolongement central médullaire en serait la conséquence. Pourtant M. Marinesco a lui-même examiné des ganglions spinaux d'amputés sans y trouver d'altération notable.

C'est à cette dernière théorie que semble se rattacher presque exclusivement M. Sicard quand il parle de la phase de « réaction à distance et de diffusion ganglionnaire rachidienne ».

Quant aux *lésions hétérolatérales*, elles seraient expliquées par une décussation partielle des fibres des cordons postérieurs qui aurait été constatée expérimentalement par Tooth, Oddi et Rossi, P. Marie, mais qui n'est pas admise par tous les auteurs (Nageotte).

Voici les remarques personnelles que nous avons pu faire sur les douze moelles d'amputés que nous avons examinées. L'examen des coupes à l'œil nu ou à un faible grossissement nous avait déjà

permis deux constatations intéressantes, à savoir : d'une part, l'*extrême variabilité dans l'intensité des lésions homolatérales*, au point que certaines amputations de jambes avaient provoqué des dégénérescences sensiblement plus accusées que certaines amputations de cuisses; d'autre part, l'*extrême variabilité dans l'intensité des lésions hétérolatérales*, au point que, parfois à peine esquissées, ces lésions étaient d'autres fois presque aussi marquées que celles du côté de l'amputation et même parfois non pas plus intenses, mais plus diffuses que le cordon postérieur. Cette variabilité des lésions homolatérales et hétérolatérales ne nous paraissait guère cadrer avec l'idée d'une lésion radiculaire ou d'un simple trouble trophique d'origine ganglionnaire : les cellules ganglionnaires dont les prolongements périphériques sont sectionnés par telle amputation de cuisse par exemple, devraient être les mêmes, à peu de chose près, qui se trouvent sectionnés par telle autre amputation de cuisse; les prolongements centraux de ces cellules qui dégénèrent devraient occuper dans la moelle une situation identique dans les différents cas.

Nous avons cherché si ces différences étaient explicables, soit par l'ancienneté de l'opération, soit par une infection qui aurait été la cause ou la conséquence de l'amputation. Or, dans deux cas très anciens (l'un datant de 71 ans, l'autre de 45 ans), nous avons bien trouvé des lésions très accusées, mais nous avons des lésions au moins aussi marquées dans des cas beaucoup plus récents. D'autre part, dans plusieurs cas, il y avait eu une suppuration soit avant l'opération (tumeur blanche, etc.), soit après l'intervention (cas datant d'avant la période antiseptique) : or, dans ces différents cas, nous n'avons pas constaté d'altérations des cordons postérieurs sensiblement plus intenses que dans les autres cas.

Nous avons alors cherché si l'examen de nos coupes à un plus fort grossissement nous donnerait la clef de ces inégalités de lésions, et voici les deux constatations que nous avons faites. En premier lieu nous avons noté dans certain cas l'existence de ces boules de dégénérescence, encore inconnues dans leur nature, que l'on rencontre dans un grand nombre de lésions médullaires, et surtout dans les dégénérescences anciennes : or ces boules siégeaient, non seulement au niveau de la lésion du cordon posté-

rieur du côté de l'amputation et du côté opposé, mais aussi dans toute la méninge et, de plus, du côté opposé à l'amputation au niveau de la zone d'entrée des racines postérieures dans la région lombaire même, c'est-à-dire en un point où toute décussation des fibres radiculaires postérieures n'était pas encore possible.

En second lieu, dans deux cas nous avons constaté une lymphocytose méningée très intense. Dans l'un de ces cas il y avait eu une syphilis avérée moins de trois ans avant la mort ; dans l'autre la moelle présentait une plaque de sclérose qui, bien que l'observation n'ait pas fait mention d'une syphilis antérieure, pouvait bien être une plaque de sclérose syphilitique. Dans ces deux cas la méningite très intense pouvait donc s'expliquer par l'existence d'une syphilis. Pourtant, dans les deux cas les lésions des cordons postérieurs étaient tout à fait inégales d'un côté et de l'autre et beaucoup plus marquées du côté de l'amputation ; dans l'un des cas ces lésions étaient les plus intenses que nous avons rencontrées, dans l'autre elles étaient parmi les plus minimes. Cette similitude des lésions des cordons postérieurs dans deux cas où existait une grosse méningite et dans les autres cas d'amputations nous parut remarquable, et nous fûmes amené à rechercher au pourtour des autres moelles d'amputés s'il n'existait pas également une inflammation méningée.

Or dans plusieurs cas il nous a semblé qu'il existait en effet des reliquats d'inflammation méningée, soit sous forme d'amas lymphocytaires, soit sous forme d'épaississements scléreux. Ces reliquats nous avaient paru assez nets à l'examen au microscope de quelques coupes. Ils nous ont paru plus nets encore quand nous avons examiné microscopiquement la méninge au pourtour de quelques-unes des moelles d'amputés que nous n'avions pas encore complètement coupées. Aussi nous croyons pouvoir dire qu'il existe quelquefois une *méningite légère* sur la moelle de certains amputés.

Pourtant de nos examens nous ne saurions tirer encore une conclusion ferme. Pour affirmer l'existence d'une inflammation méningée il faut en effet trouver réunies bien des conditions qui pour la plupart ne se rencontraient pas dans les pièces que nous avons pu examiner depuis que nous avons eu connaissance du rapport de M. Sicard. Il faut avant tout que la méninge subsiste ;

or dans bien des cas, qui datent d'avant l'avènement du cyto-diagnostic et les théories méningées du tabes, on n'avait attaché aucune importance à la méninge et elle avait disparu sur les pièces. Il faut ensuite que la méninge soit assez épaisse ; or elle est probablement très minime dans ces cas d'amputation où la lésion n'a pas une évolution progressive, et l'on comprend que, même encore en évolution, elle puisse passer inaperçue quand on songe que dans certains cas même de tabes avéré elle paraît absente ou passe facilement inaperçue. Il faut que la méningite ne soit pas trop ancienne, car on sait que dans les méningites aiguës la leucocytose disparaît le plus souvent au bout de peu de temps, de peu de mois ou même de semaines, et que dans les méningites chroniques la restitution *ad integrum* ou une sclérose plus ou moins légère succède d'ordinaire au bout d'un temps plus ou moins long à l'infiltration embryonnaire : or dans la presque totalité de nos cas l'amputation, qui aurait été la cause de l'inflammation méningée, remontait déjà à très loin. Il faut enfin, pour les moelles dont nous n'avons pu voir que les coupes, que la coloration ait été favorable, de préférence élective des noyaux, et que la coupe ait porté au niveau même d'une lésion qui pouvait être très limitée. Et la preuve en est dans les deux dessins que nous présentons, représentant l'un la moelle cervicale, l'autre la moelle dorsale d'un sujet mort d'une méningo-myélite syphilitique : au niveau de la region cervicale on constate une infiltration lymphocytaire très intense à la fois dans la méninge et dans les gaines des vaisseaux, infiltration qui pourtant nous avait échappé avant que nous ne fissions la coloration par la méthode de Nissl ; au niveau de la moelle dorsale du même sujet on constate une multiplication des vaisseaux et une sclérose de la méninge, mais plus aucun lymphocyte.

En présence de ces difficultés accumulées on conçoit que nous ne puissions donner une conclusion définitive et que de nouvelles recherches soient nécessaires ; il nous semble cependant que la méninge présente à la suite d'un certain nombre d'amputations des marques d'une inflammation plus ou moins légère. Cette supposition, que nos examens ne nous permettent pas d'affirmer encore résolument, nous paraît d'autant plus justifiée que cette méningite expliquerait bien, et expliquerait seule, ce nous semble, les par-

ticularités qui nous avaient frappé : d'une part, l'extrême variabilité, suivant les cas, et des lésions du côté de l'amputation et des lésions du côté opposé ; d'autre part, l'existence d'altérations de dégénérescence (boules de dégénérescence) du côté opposé à l'amputation en des points où il ne semble pas que l'on puisse admettre une décussation des fibres radiculaires.

Cette méningite, sans doute d'ordinaire légère, passagère, et ne laissant comme trace durable que les lésions dégénératives du cordon postérieur, nous paraît très probablement due à une inflammation propagée à partir du foyer opératoire le long des voies nerveuses. Il s'agirait de névrite ascendante, le mot étant d'ailleurs pris dans son acception la plus large, qu'il s'agisse de névrite vraie, parenchymateuse ou interstitielle, ou d'épi-, de péri- ou de paranévrite, car nous ne connaissons pas encore les altérations, sans doute passagères le plus souvent, qui peuvent exister dans le nerf lui-même ou à son pourtour.

Néanmoins, dans les observations des malades dont nous avons pu disposer, nous ne trouvons presque jamais signalé un syndrome douloureux qui puisse faire penser au syndrome si particulièrement douloureux de la névrite ascendante, à sa phase périphérique, tel que le décrit M. Sicard. Certes ces observations, souvent prises depuis longtemps et parfois un peu brèves, ne sont pas absolument convaincantes, mais il nous semble difficile qu'un syndrome si douloureux ait passé si régulièrement inaperçu dans l'histoire du malade. De nouvelles observations, prises avec soin au point de vue qui nous occupe, seraient assurément des plus utiles : elles devraient démontrer anatomiquement s'il existe vraiment assez fréquemment, à la suite d'amputations ou d'altérations quelconques des membres, une inflammation méningée résultant d'un processus névritique ou périnévritique ascendant ; elles devraient aussi démontrer cliniquement si le syndrome douloureux de la névrite ascendante dans sa phase périphérique doit bien précéder obligatoirement, ce qui nous paraît douteux, la phase que M. Sicard appelle justement « radiculo-médullaire ».

Peut-être trouvera-t-on dans la ponction lombaire, faite assez précocement, alors que le processus aura déjà remonté jusqu'à la méninge, mais ne sera pas encore éteint, un élément de diagnos-

tic de cette phase radiculo-médullaire de la névrite ascendante, jusqu'ici si dépourvue de symptômes cliniques.

M. SICARD. — Les faits que vient de nous exposer M. Léri sont très intéressants, et je suis heureux d'être à peu près d'accord avec lui. Il réserve en effet — et c'est là un des points principaux du syndrome — l'étude anatomique du segment intermédiaire entre le foyer primitif périphérique et l'aboutissant central médullaire. Mais il reste à expliquer la méningite postérieure, signe anatomique nouveau, étudié par M. Léri dans l'examen de ses moelles d'amputés.

Or, plusieurs hypothèses peuvent être faites à ce sujet. S'agit-il de méningite localisée à la suite d'un processus névritique ascendant, méningite qui aurait entraîné elle-même des lésions secondaires des cordons postérieurs ?

S'agit-il de réactions concomitantes de la méninge et des régions radiculo-médullaires à la suite de cette problématique invasion ascendante continue, d'origine périphérique ? Ou ne peut-on plutôt invoquer un processus de réaction à distance sur les ganglions rachidiens, processus suffisant pour entraîner une certaine dénégation des cordons postérieurs et capable de déterminer, *par trouble secondaire mécanique ou trophique*, un certain degré d'altération méningée, localisée surtout au département postérieur ? On sait encore combien facilement les cordons postérieurs réagissent *histologiquement* chez certains sujets, et surtout chez certains séniles, indépendamment de toute amputation de membre.

M. BRISSAUD. — Il me paraît logique, comme l'a fait M. Sicard, de réserver le terme de « névrite ascendante » à ce syndrome clinique, si bien individualisé par les réactions douloureuses avec troubles névritiques, syndrome régional qui peut évoluer à la suite d'une blessure périphérique. Il est certain que cette affection a une physionomie, au moins clinique, qui lui est toute particulière et qui suffit à la dégager des autres modalités toxi-infectieuses ascendantes.

C'est du reste ce qu'a visé le premier, dans sa description, Weir-Mitchell. Il n'est que justice de suivre l'exemple de ce dernier.

M. LÉRI. — Nous reconnaissons très volontiers, avec M. le professeur Brissaud, qu'il n'y a guère entre M. Sicard et nous qu'une

divergence de mots. Il serait fort utile de définir pour l'avenir la « névrite ascendante » et de savoir si l'on doit entendre par ces mots un syndrome clinique très bien défini par M. Sicard et auquel il a lui-même fort justement ajouté la qualification de « régional », ou, au contraire, ces processus anatomo-pathologiques. Les différents auteurs qui se sont occupés des lésions de la moelle des amputés ont jusqu'ici employé le terme « névrite ascendante » dans son sens anatomique : c'est dans ce sens aussi que nous en avons fait usage.

M. TATY (de Lyon). — Je désire remercier tout d'abord M. le Dr Sicard qui a bien voulu dans son excellent rapport mentionner un travail lyonnais, l'un des premiers sur la question, la thèse du Dr Gros : *Contribution à l'étude des névrites. Lyon, janvier 1879.* Mais je tiens aussi à rappeler que cette thèse, faite sous la direction du professeur Pierret, reproduit l'observation publiée par lui dans un travail intitulé : *Plusieurs cas de névrite parenchymateuse avec détails histologiques* et paru dans les Archives de Physiologie en 1874, travail qui renferme le premier examen histologique des nerfs dans un cas de névrite parenchymateuse qui ait été publié, et un dessin montrant la lésion. En outre, l'une des observations répond au type décrit par M. Dèjerine. Depuis cette époque, l'école de Bron n'a pas été indifférente à la question. Outre la thèse de Gros, M. Pierret a fait faire à un élève du service de santé militaire, M. G. Hauzy, en 1894, une thèse sur les *neuro-cérébrites toxiques*, revue générale avec critique des théories de Korsakow et, ce matin, j'ai eu l'honneur de présenter au Congrès une étude de notre maître sur « *La rage, folie infectieuse* » dans laquelle il a condensé ses idées sur cette intéressante maladie, véritable « folie expérimentale » suivant sa propre expression, qui se rattache de si près aux névrites ascendantes. A ce propos, et bien que M. Sicard n'ait fait mention de cette maladie que pour l'écriture du cadre immédiat de son rapport, je lui demanderai comment il interpréterait les phénomènes qui se passaient du côté de la cicatrice, dans le cas rapporté par M. Pierret, chez un chien qui, au début de la période d'état, interrompait la chasse pour tourner la tête du côté de la partie mordue. Y a-t-il là un simple rappel mnémonique, une douleur banale de cicatrice ou des troubles névritiques spéciaux ?

M. E. DESCHAMPS (de Rennes). — Quoique électrothérapeute, vous ne m'accuserez pas, je pense, d'avoir abusé de cette qualité pour vous entretenir dans nos congrès de communication sur cette branche si intéressante de la thérapeutique dans les maladies du système nerveux. Je connais vos préjugés à son endroit et je déplore qu'en apparence ils soient trop souvent justifiés.

Malgré cela, j'ai pensé que pour une fois vous ne m'en voudriez pas de retenir un instant votre attention sur cette partie, la plus importante sans conteste, de la thérapeutique des névrites ascendantes et de leurs complications, vraiment trop écourtée dans le très intéressant rapport de notre collègue M. le Dr Sicard.

L'électricité n'est point, comme on l'a dit, un agent thérapeutique illusoire ou plus ou moins suggestif ; c'est une énergie qui, en se transformant en différentes modalités, donne des effets qui souvent à première vue sont absolument dissemblables, mais qui, judicieusement combinés, doivent former la base de la thérapeutique des lésions qui nous intéressent en ce moment.

Avec le courant continu, autrement dit la galvanisation, l'action chimique polaire apporte un surcroît d'activité physiologique prépondérante au pôle négatif qui accumule les *ions* alcalins, d'où résulte une intensité plus grande des oxydations et, partant, de la nutrition.

Le résultat immédiat, à condition toutefois que l'intensité soit suffisante, sur le processus de la sensibilité n'est pas douteux. Cette action a été démontrée par le professeur Bugonié, de Bordeaux, dans le traitement du tic douloureux de la face avec des intensités allant jusqu'à 50 et 60 m. amp.

Son action n'est pas plus contestable sur l'élément cicatriciel, et voici un moulage qui vous permettra d'apprécier le résultat que j'ai obtenu sur une main en griffe à la suite de brûlure, avec des intensités de 60 à 70 m. amp.

Mais le processus chimique de l'électrolyse doit être mis de côté lorsqu'il s'agit de restaurer un muscle atrophié avec ou sans réaction de dégénérescence à la suite de lésions périphériques.

C'est ici à la transformation de l'énergie électrique en énergie mécanique qu'il faut s'adresser, et pour cela obtenir une variation d'intensité suffisante dans un temps convenable pour provoquer la contractilité. Par ce moyen on obtient toujours, après un

traitement plus ou moins long, le résultat cherché ; mais il faut considérer comme nulle ou même nuisible toute variation qui ne provoque pas cette contractilité.

Dans certains cas on utilise des appareils intermédiaires, appelés transformateurs, pour effectuer ce que l'on appelle la faradisation, mais là encore l'instrument exige des qualités dont il est important de s'assurer si l'on veut obtenir un résultat (vitesse du trembleur, grosseur des fils inducteurs et induits) ; car c'est en négligeant ces prescriptions que l'on accélère l'atrophie ou que l'on provoque des tics ou de la contracture.

SÉANCE DU VENDREDI 4 AOUT

(MATIN)

M. le D[r] DARCANNE, Fougères (Ille-et-Vilaine).

Le Signe de Kernig dans la Paralysie Générale. — Le signe de Kernig est fréquent dans la paralysie générale, et, si l'on examine une série de malades arrivés à la période finale de la maladie, il est bien rare qu'on ne l'observe pas. Aux périodes de début et d'état, on le rencontre moins souvent, il existe néanmoins. Il est donc impossible au clinicien qui examine beaucoup de paralytiques généraux de ne pas le rencontrer, non plus que la contracture qui évolue parallèlement à lui, quoique cette dernière ait été niée par beaucoup d'auteurs.

Nous avons pu observer 26 femmes atteintes de paralysie générale à l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), et nous possédons, en plus, 4 observations d'hommes paralytiques généraux.

Sur les 26 malades de Bégard, 10 présentaient le signe de Kernig d'une façon nette, 1 autre d'une façon douteuse. Sur les 10 présentant le signe de Kernig avec évidence, 8 étaient à la période finale de la maladie et 2 étaient à la phase d'état.

Enfin sur les 4 observations suivantes recueillies, en ville, chez des hommes, 1 était à la phase de début.

Obs. — R., 55 ans, manœuvre. Signes ordinaires de paralysie générale, syphilis antérieure. Le malade présente une inégalité pupillaire très nette et le signe d'Argyll-Robertson ; les troubles de la parole sont accentués. Il existe des troubles de la sensibilité ; les réflexes sont exagérés.

Dès le début de la maladie, le signe de Kernig est observé, dès le début, la marche a été incertaine ; le malade agrandit sa base de sustentation en écartant les jambes. On note le tremblement des mains.

D'après la famille, R. est dans le même état depuis 5 ans. Le délire est peu prononcé, le malade présente surtout de l'affaiblissement

intellectuel. De temps en temps, survient une phase délirante s'accompagnant de périodes d'excitation, l'aspect du malade est alors celui du maniaque.

En dehors de ces crises, le malade passe tranquillement ses journées assis sur une chaise ; il fait des réflexions puériles d'une voix monotone.

Il paraît s'agir ici d'une paralysie générale arrêtée dans son évolution.

Obs. II. — M., 40 ans, serrurier. — Paralysie générale typique : Troubles de la parole ; idées des grandeurs. Il se croit vingt ans ; il se vante sa beauté et sa force. L'idée de richesse est prédominante ; il a des milliards ; tous les objets dont il se sert sont en or. A la 2e phase, il présente de l'écolalie et de l'échopraxie, avec délire des négations. Bientôt les troubles de la marche surviennent : le malade s'alite. On constate le signe de Kernig d'une façon très nette : le malade ne peut s'assoir sans plier les genoux. Réflexes exagérés, signe de Babinski, clonus du pied. Puis phase de gâtisme et mort.

Obs. III. — D., commis-voyageur. — Paralysie générale très nette à l'âge de 31 ans. Signe d'Argyll mais pas de troubles de la parole. Le délire est extrême, le malade vocifère toute la journée, parle des choses les plus imprévues, délire par assurances. D. est agité jour et nuit. On observe l'exagération des réflexes et le clonus du pied ; il n'y a pas de signe de Babinski. Le signe de Kernig est net. Deux ans après le début de la maladie, le malade s'alite pour ne plus se relever : gâtisme, marasme, contracture des membres inférieurs.

Obs. IV. — B., épicier, 35 ans. Syphilis probable. Signes ordinaires de paralysie générale : troubles de la parole, signe d'Argyll. Délire des persécutions avec idées d'emprisonnement ; l'eau, la nourriture, tout lui paraît empoisonné. Le malade a l'aspect malheureux : sa parole est plaintive. il se plaint amèrement, regarde d'un œil méfiant. Les réflexes sont diminués, pas de clonus du pied, pas de signe de Babinski. Signe de Kernig très net. Il marche mollement en traînant les jambes.

Il ne nous a pas paru étonnant de rencontrer le signe de Kernig dans la paralysie générale, le signe de Kernig est considéré, généralement, comme symptôme de lésion de méninges rachidiennes ; aujourd'hui, on élargit le cercle et l'on admet qu'il peut traduire une lésion uniquement centrale. Or la paralysie générale, affection des centres cérébraux et des méninges cérébrales, peut très bien se propager à la moelle et aux méninges rachidiennes, de même qu'elle peut succéder au tabès.

Nous pouvons donc considérer le signe de Kernig dans la paralysie générale comme traduisant soit une lésion centrale. soit une lésion médullaire. Cette vue de l'esprit est une réalité en clinique : en effet, nous avons souvent trouvé le signe de Kernig concomitamment avec une légère exagération des réflexes, avec le clonus du pied et, fréquemment, avec le signe de Babinski. La présence de ces derniers signes indique bien qu'il y a lésion des méninges rachidiennes ou des faisceaux pyramidaux.

Chez les 10 femmes de Bégard, présentant le signe de Kernig, nous avons trouvé cinq fois les réflexes exagérés, cinq fois le clonus du pied et cinq fois le signe de Babinski. Dans le cas douteux, il n'y avait ni clonus du pied, ni exagération des réflexes et le signe de Babinski existait en extension. Le tableau suivant résume ces observations :

PARALYTIQUES GÉNÉRAUX COUCHÉES

Fom..... Signe de Kernig. Réflexes exagérés. Clonus. S. de Babinski en flexion.
Poul .... Signe de Kernig. Réflexes exagérés. Clonus. S. de Babinski en extens.
Pétraj .. Signe de Kernig. Réflexes exagérés. Clonus. Extension.
Gal...... Signe de Kernig. Réflexes normaux. Pas de clonus. Flexion.
Gon..... Signe de Kernig. Réflexes normaux. Pas de clonus. Extension.
Pa....... Signe de Kernig. Réflexes normaux. Clonus. Extension.

PARALYTIQUES GÉNÉRAUX NON COUCHÉES

Bal..... Signe de Kernig. Réflexes abolis. Pas de clonus. Extension.
Bol..... Signe de Kernig. Réflexes exagérés. Clonus. Extension.
R....... Signe de Kernig. Réflexes exagérés. Pas de clonus. Flexion.
San.... Signe de Kernig douteux. Réflexes abolis. Pas de clonus. Extension.

Tous ces paralytiques généraux avaient des troubles de la marche, depuis le simple tremblement des jambes jusqu'à l'impossibilité complète de se tenir debout. Le signe de Kernig signifiait bien lésion médullaire. Dans le cas où le signe de Kernig existait au début de la paralysie générale, il n'y avait pas de troubles de la marche et l'on peut admettre qu'il traduisait simplement une lésion du cerveau ou des méninges cérébrales.

Il résulte de ces observations que le signe de Kernig possède une grande valeur. Le signe de Kernig est, en effet, un signe de

diagnostic puisqu'on le trouve à toutes les périodes de la paralysie générale, on le trouve souvent à la phase finale de la maladie lorsque le processus morbide envahit la moelle. Mais on le rencontre aussi à la phase d'état et quelquefois au début. C'est au début que sa présence a le plus d'importance, car, dans les cas de paralysie générale fruste sans signe d'Argyll-Robertson, il peut mettre le clinicien sur la voie du diagnostic. Il arrive souvent que l'on ait à interpréter la valeur d'un délire quelconque sans qu'il existe de signes physiques (signe d'Argyll, inégalité des pupilles) la présence du signe de Kernig fera penser à une lésion organique des centres nerveux, telle que la paralysie générale.

Le signe de Kernig est aussi un signe de pronostic, c'est dans ce sens qu'il a vraiment une grande importance. Il indique, en effet, l'évolution progressive de la paralysie générale, sa marche ascendante du cerveau dans la moelle. Rare à la phase de début, alors qu'il n'y a pas de troubles de la marche, moins rare à la phase d'état, il existe fréquemment à la phase finale pendant laquelle apparaissent les troubles de la marche qui peuvent même confiner le malade au lit. C'est surtout chez les paralytiques couchés que nous avons observé ce signe.

La présence du signe de Kernig dans la paralysie générale indique, pour nous, une évolution rapide de la maladie et l'apparition prochaine de troubles médullaires.

MM. les Drs G. DOUTREBENTE, L. MARCHAND et M. OLIVIER.

Paralysie générale tardive. Méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit. — La paralysie générale tardive est encore peu connue. A part plusieurs cas publiés par M. Toulouse [1] et nous-même [2], nous n'en connaissons pas d'autres dans la littérature médicale. Nous avons déjà montré

(1) E. Toulouse et L. Marchand, *Un cas de paralysie générale sénile (Soc. méd. psych.*, juillet 1903).

(2) G. Doutrebente et L. Marchand, *Un cas de paralysie générale sénile avec examen histologique (Soc. méd. psych.*, juin 1903).

L. Marchand, *Un cas de paralysie générale sénile associée à l'athéromasie cérébrale* (*Soc. méd. psych* , juin 1903).

pour quelle raison cette forme tardive de paralysie générale était rare et combien il était quelquefois difficile de la différencier cliniquement de l'athéromasie cérébrale, l'examen histologique étant seul capable dans certains cas de lever tous les doutes.

Le cas suivant est intéressant à plusieurs points de vue. Cliniquement, notre malade présentait bien les symptômes classiques de la paralysie générale et, si l'âge avancé du sujet pouvait laisser subsister quelque incertitude, l'examen histologique est venu affirmer le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse subaiguë.

Observation : **Sommaire** : *Pas d'hérédité ; syphilis à l'âge de 40 ans ; début de la paralysie générale à l'âge de 63 ans. Mort à 64 ans. Autopsie : lésions classiques de la paralysie générale ; méningite scléro-gommeuse du lobule paracentral droit.*

B., âgé de 64 ans, clerc de notaire, entre à l'asile de Blois le 12 juillet 1904.

Antécédents familiaux. — Son père et sa mère sont morts à un âge avancé. Deux frères encore vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves pendant le jeune âge. Bronchite à l'âge de 18 ans. Syphilis à l'âge de 40 ans. Cette dernière se manifesta par un chancre de la verge, de l'adénopathie de l'aine, par des maux de gorge, des plaques muqueuses de la bouche. B. suivit pendant quelques mois seulement un traitement mercuriel.

Dispensé de tout service militaire en raison de la petitesse de sa taille (1 m. 50) ; il se maria à l'âge de 23 ans et eut successivement 4 enfants, dont un succomba en bas-âge. Les trois qui survivent sont aujourd'hui âgés respectivement de 40, 37 et 27 ans, et sont bien portants.

Ordonné, laborieux, B..., prit néanmoins l'habitude de boire sous l'influence des nécessités professionnelles et du surmenage physique qui lui était imposé. Cependant, il cessa ses excès alcooliques plusieurs années avant le debut de sa maladie mentale.

Les premiers troubles de l'intelligence apparurent à l'âge de 63 ans. Il faisait des erreurs inusitées de calcul, oubliait certaines commissions ou s'en acquittait mal. Peu à peu il en vint à perdre le souvenir d'actes accomplis ou de paroles prononcées quelques minutes auparavant. Il fut alors obligé de quitter son métier ; B.., libre désormais, se livra à des achats inconsidérés, commit des excentricités et manifesta des idées de richesse.

A son entrée à l'Asile, B..., est très calme ; c'est un homme de petite taille, dépourvu de stigmates de dégénérescence, au visage satisfait et aux allures pleines d'aisance. Il se laisse aborder avec la meilleure volonté du monde ; il peut dire son nom, la date et le lieu de sa nais-

sance, sa profession, certains événements de son enfance. Il sait qu'il a trois enfants, mais cherche en vain à retrouver leur âge ; il n'arrive qu'à nous donner des chiffres inexacts. Mais sa mémoire est plus altérée encore pour les faits de date récente. Il ne peut dire depuis combien de temps il ne travaille plus, il ne sait ni le quantième, ni l'année. Il ne sait pas depuis combien de temps il est interné et ne s'en montre pas surpris ou affecté. Pas d'hallucinations. Les sentiments affectifs sont affaiblis ; il ne se préoccupe que très médiocrement de sa femme et de ses enfants.

Volubilité. B... parle sans cesse de ses héritages merveilleux, de sa fortune immense, de ses projets inouïs de constructions et de voyages. Il a des châteaux, des parcs féériques, de nombreuses maîtresses. Il a des qualités vraiment exceptionnelles : pêcheur à la ligne de premier ordre, musicien consommé ; sa force physique est considérable et il se regarde comme un marcheur infatigable. Il vivra, dit-il, un siècle, sans jamais être exposé à aucune maladie.

B... a le teint et les sclérotiques légèrement subictériques. Il prétend souffrir en outre de la tête, de l'estomac, des reins, des jambes, des genoux depuis 20 ans. Cela ne l'empêche pas de faire parade de son excellente santé. Son appétit — à l'en croire — est très grand et toutes ses fonctions s'accomplissent à souhait.

Rien au cœur, aux poumons, du côté de l'appareil digestif et urinaire.

B... affirme que ses nuits sont bonnes et qu'il n'est pas sujet aux cauchemars ou aux rêves. Il reconnaît toutefois ses excès alcooliques antérieurs et ne fait aucune difficulté à avouer les circonstances dans lesquelles il fut jadis contaminé. On ne retrouve d'ailleurs plus chez lui de trace de l'infection syphilitique.

Sensibilité tactile et algésique normale.

Sens stéréognostique des attitudes segmentaire et musculaire conservé.

Les organes des sens n'offrent rien de particulier.

Pupille gauche, à contour un peu irrégulier et légèrement plus dilatée que la pupille droite.

Réflexe lumineux conservé mais plus rapide à gauche.

Réflexe accommodateur conservé des deux côtés, mais plus prononcé à gauche.

L'acuité visuelle semble normale, mais on peut constater des indices de cataractes naissantes à droite et à gauche.

Force musculaire conservée ; tremblements légers des doigts, trémulation de la langue.

Pas de signe de Romberg. Légère instabilité quand le malade se tient à cloche-pied. Pas de troubles dans la marche.

Réflexes rotuliens et achilléens exagérés à droite.

Réflexes massétérins normaux. Pas de trépidation épileptoïde. Pas de réflexe idio-musculaire. Réflexe abdominal peu prononcé. Réflexe plantaire normal. Réflexes de Babinski nets des deux côtés.

Embarras de la parole peu marqué, appréciable surtout à la fin des phrases difficiles à prononcer ; parfois achoppements syllabiques, redoublement de syllabes.

Ecriture légèrement tremblée, avec des omissions de lettres ou de syllabes.

Le même état persiste les mois suivants. Les réflexes patellaires deviennent très exagérés des deux côtés, une certaine instabilité apparaît dans la marche. La mémoire est plus troublée. Idées de richesse et de grandeurs. B... dispose d'automobiles magnifiques, de maisons fastueuses, de châteaux, de milliards, etc. Il fera sa femme reine, baronne, comtesse. Il est pape, président de la République, voyageur de commerce. Il ajoute en même temps qu'il a été clerc de notaire pendant quarante ans.

Le 20 décembre 1904, l'affaiblissement physique et intellectuel a fait de rapides progrès. Le malade s'est amaigri. Il marche assez difficilement. Insomnie nocturne, appétit ordinaire. Gâtisme. Hyperesthésie tactile. Inégalité pupillaire au profit de la gauche. Réflexes lumineux et accommodateur paresseux.

Les réflexes patellaires sont exagérés, particulièrement à droite. Réflexe de Babinski des deux côtés. Réflexe abdominal net. Pas de réflexe idio-musculaire. Tremblements des mains et de la langue.

Embarras prononcé de la parole. Accrocs nombreux, parfois bredouillement. Suppression, interversion, redoublement de syllabes.

19 janvier 1905. — Agitation nocturne intermittente. Appétit diminué. Amaigrissement considérable. L'embarras de la parole est très marqué et il est très difficile de comprendre les paroles que B... prononce.

Décès le 2 février 1905.

Autopsie. — L'autopsie est faite 24 heures après la mort.

Rien de particulier à l'ouverture du crâne. Une grande quantité de liquide céphalo-rachidien s'échappe au moment où on incise la duremère. Le cerveau s'enlève facilement de la boîte crânienne.

Pas d'athérôme des artères de la base.

L'hémisphère droit pèse 500 grammes ; le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe pèsent ensemble 170 grammes.

Le méninges molles sont uniformément blanchâtres. Au niveau du lobule paracentral droit, les méninges molles présentent un épaississement jaunâtre d'aspect gélatineux. Pas de lésions localisées sur les coupes transversales des hémisphères. Sous l'épaississement méningé décrit ci-dessus le cortex ne présente aucune lésion microscopique. Adhérences des méninges au cortex peu profondes. Les ventricules latéraux sont très augmentés de volume ; pas de granulations sur le plancher du quatrième ventricule.

Examen histologique. — L'examen a porté sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendante gauche, sur la première frontale droite, sur les lobules paracentraux droit et gauche. Les méthodes employées

sont celles de Nissl, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie, de Van Gieson, celles au picro-carmin et à l'hématoxyline de Delafield.

On observe dans tout le cortex les lésions ordinaires de la paralysie générale : Infiltration des méninges par un grand nombre de cellules embryonnaires, surtout au fond des sillons; disparition presque totale des fibres tangentielles et de la strie de Baillarger par places, périartérite des petits vaisseaux corticaux; atrophie d'un grand nombre de cellules pyramidales ; infiltration de tout le cortex et des espaces péricellulaires par de nombreuses cellules embryonnaires.

Au niveau du lobule paracentral droit on observe des lésions caractéristiques de méningite scléro-gommeuse. Les méninges molles atteignent une épaisseur de quatre millimètres. Elles sont formées d'un tissu comprenant une infinité de vaisseaux s'entrecroisant en tous sens et atteint de périartérite et d'endartérite.

La partie de la pie-mère en contact avec le cortex est bourrée de noyaux embryonnaires. Pas de cellules géantes. La recherche des bacilles tuberculeux est restée négative. Toute la zone corticale sous-jacente à la plaque de méningite est envahie par un tissu névroglique dense, bien mis en évidence par la méthode de Weigert pour la névroglie.

***

De notre observation nous relèverons les particularités suivantes:

1° L'évolution rapide de la maladie, qui n'a duré qu'un an et demi.

2° L'absence d'athérome sur les artères cérébrales de notre sujet. L'athéromasie est fréquemment associée à la paralysie générale et surtout à la paralysie générale tardive. Le fait de n'avoir pas rencontré de lésions athéromateuses cérébrales chez un malade âgé qui, au point de vue du diagnostic différentiel, pouvait être considéré comme atteint d'athéromasie cérébrale, est important à relever.

3° Le rapport entre l'âge tardif auquel fut contractée la syphilis (40 ans), et l'âge tardif auquel est apparue la paralysie générale.

4° *La concomitance* de lésions syphilitiques et des lésions de la paralysie générale. Les lésions spécifiques ont revêtu dans notre cas la forme de méningite scléro-gommeuse. Au point de vue histologique, il est intéressant de constater que l'on peut passer insensiblement des lésions syphilitiques en évolution aux lésions de la paralysie générale. Il n'y a entre elles, dans notre cas, qu'une différence d'intensité dans le processus inflammatoire.

M. RÉGIS. — Je ne crois pas que la littérature médicale soit muette sur la paralysie générale sénile. MM. Cullerre et Clippel en ont publié des cas. Comme la paralysie générale juvénile, elle est moins rare qu'on ne le pense. Je suis surpris de l'absence de lésions athéromateuses. Le cœur et l'aorte ont-ils été examinés ?

M. DOUTREBENTE. — Oui, il n'y avait aucunes lésions.

M. RÉGIS. — Habituellement on constate dans la paralysie générale sénile des lésions athéromatheuses. La ponction lombaire a-t-elle été faite ?

M. DIDE parle des rapports entre la syphilis tertiaire et la paralysie générale. Il cite l'observation d'un adjudant entré à l'asile de Rennes avec tous les signes de la paralysie générale et mort quelque temps après d'accidents convulsifs hémiplégiques. A l'autopsie on trouva une énorme tumeur syphilitique avec méningite scléro-gommeuse.

M. DOUTREBENTE. — Je ferai remarquer que M. Marchand a bien distingué les deux lésions, l'une en voie d'évolution, l'autre arrêtée dans sa marche.

Nous admettons volontiers que la paralysie générale tardive se rencontre assez fréquemment, mais nous persistons à penser que les cas analogues au nôtre sont des plus rares, uniquement parce que dans notre cas il y a *autopsie avec examen histologique précis, avec présentation des coupes aux membres du Congrès.* — N'ayant point trouvé dans nos recherches bibliographiques un cas de paralysie générale confirmée et démontrée par l'autopsie et l'examen histologique, nous en avons conclu à la rareté de faits analogues relatés dans les mêmes conditions. M. Régis n'ayant point fait la preuve contraire, nous attendons qu'elle soit faite pour modifier nos opinions à cet égard.

MM. les Drs G. DOUTREBENTE et L. MARCHAND.

Idiotie par méningite chronique chez un dégénéré héréditaire. — Il suffit qu'un aliéné ait parmi ses ascendants un aliéné pour qu'on considère sa maladie comme héréditaire et on est encore plus porté à prononcer le mot d'affection hérédi-

taire quand la maladie rentre dans le groupe des syndromes que Morel groupa le premier sous le nom de folie héréditaire.

L'hérédité joue un rôle considérable dans l'étiologie des maladies mentales, mais on l'accepte parfois trop facilement et exclusivement. On ne tient pas assez compte des altérations cérébrales acquises, après la naissance, alors qu'elles jouent elles aussi un grand rôle dans l'étiologie des troubles mentaux. On peut se demander même si l'hérédité dans les maladies mentales ne doit pas être comparée à l'hérédité dans la tuberculose. De même que, dans la plupart des cas, les enfants de tuberculeux naissent tuberculisables et non tuberculeux ; de même les enfants d'aliénés naissent prédisposés aux maladies mentales et ne deviennent pas fatalement aliénés. Les maladies cérébrales de nature toxi-infectieuse qui surviennent après la naissance ont aussi un rôle étiologique des plus importants.

Dans l'observation suivante, l'affection mentale a été déterminée bien plus par les lésions acquises que par les tares constitutionnelles, le père de notre sujet ayant été aliéné. Voici les pièces anatomiques, les coupes histologiques et les photographies du cerveau de notre malade.

***

OBSERVATION. — *Père aliéné ; grand'mère paternelle faible d'esprit. Deux frères faibles d'esprit. Développement physique et intellectuel défectueux. Troubles cérébraux à 6 ans. Idiotie. Autopsie : Méningite chronique.*

L..., âgé de 10 ans, entre à l'asile de Blois le 19 octobre 1896.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, a été interné à la suite d'un accès de délire alcoolique au cours duquel il a voulu tuer sa femme.

Grand-père paternel travailleur, pas ivrogne, est mort très vieux.

Grand'mère paternelle méchante, entière, violente, faible d'esprit, est morte âgée.

Mère bien portante, pas nerveuse.

L... a eu deux frères. Un frère aîné est âgé de 13 ans, inintelligent, n'apprend rien à l'école. Ce frère, d'après les renseignements que nous avons eus plus tard, peut gagner sa vie et est bien portant.

Le second enfant est un frère jumeau de L..., il est faible d'esprit, n'a marché qu'à 31 mois, il eut des convulsions à deux reprises, à 11 mois et à 2 ans. D'après les renseignements recueillis quelques

années plus tard, ce frère est mort tuberculeux à l'âge de 15 ans ; il avait appris à lire.

Antécédents personnels. — Le père de L... faisait des excès de boisson au moment de la conception. Grossesse de la mère normale. Hydrocèle à la naissance. L... n'a commencé à se tenir sur ses jambes qu'à 31 mois, n'a marché qu'à l'âge de 3 ans et demi. Coqueluche à 4 ans. A l'âge de 6 ans, troubles cérébraux ; le médecin traitant aurait prononcé le mot de méningite. Pneumonie à 8 ans. L'intelligence est restée rudimentaire. Les sentiments moraux sont à peine ébauchés ; L... frappe son frère et sa mère.

A son entrée à l'Asile, L... est calme, et ne se rend pas compte de son internement.

Asymétrie cranio-faciale très prononcée — acrocéphalie, tête en pain de sucre — Tics multiples. Voûte palatine ogivale. Parole mal développée. Onomatomanie. L... répète à chaque instant les mêmes mots : « T'es des puces. » Il ne donne aucune réponse sérieuse aux questions qu'on lui pose. Mauvais instincts. Tendances érotiques. L... sort à chaque instant ses organes génitaux. Il est méchant et frappe les autres malades sans motif. Gâtisme intermittent.

L... ne présente aucune paralysie ; les réflexes patellaires sont normaux ; la faiblesse d'esprit du sujet rend impossible l'examen de la sensibilité générale et des sensibilités spéciales. Il paraît entendre également des deux côtés ; pas de troubles oculaires.

Cet état ne présente aucun changement dans les années suivantes ; le malade meurt le 15 janvier 1905, de tuberculose pulmonaire, dont les premiers symptômes étaients apparus quelques mois auparavant seulement.

L'autopsie est faite 24 heures après la mort. Les os du crâne sont très épais. Pas d'adhérence entre la dure-mère et le crâne. Le cerveau s'enlève facilement de la boite crânienne. Pas d'adhérence des artères de la base. Les lobes frontaux sont peu développés ; ceux-ci ne font aucune proéminence, ce qui donne au cerveau une forme particulière. Les circonvolutions paraissent normales à première vue. Les méninges molles sont très épaissies et ont un aspect lactescent. Au niveau du bord supérieur des hémisphères, à leur face interne et externe, sur une étendue allant du milieu de la circonvolution frontale interne à la partie postérieure du lobule paracentral, les méninges sont si épaissies qu'elles ont un aspect couanneux. Ces plaques de méningite ancienne sont symétriques. La décortication à leur niveau est assez facile.

Au niveau de la convexité des hémisphères, il existe quelques happements des méninges molles au cortex.

L'hémisphère droit pèse 580 grammes, le gauche est du même poids. Le cervelet et le bulbe pèsent ensemble 160 grammes.

Examen histologique. — Les régions que nous avons examinées sont la frontale ascendante droite, la frontale ascendante gauche, le lobule paracentral gauche.

Nous avons employé les méthodes de coloration de Nissl, de Weigert-Pal, de Van Gieson.

Les méninges molles atteignent par places plusieurs millimètres d'épaisseur, comme on peut s'en rendre compte en examinant les coupes à l'œil nu. Toute trace d'inflammation a disparu dans ces épaississements méningés, qui sont surtout formés de fibres conjonctives. En certains endroits on retrouve des traces d'hémorrhagies anciennes et une néoformation vasculaire telle que sur les coupes on trouve un grand nombre de vaisseaux à parois minces, les uns coupés suivant leur longueur, d'autres transversalement.

Les cellules nerveuves sont diminuées de nombre par places. Sur la même coupe, on passe par une transition insensible d'une région riche en cellules à une région pauvre en éléments nobles. Les cellules sont petites, bien colorées ; pas de cellules géantes, même au niveau du lobule paracentral. Les fibres tangentielles sont diminuées de nombre et, comme pour les cellules nerveuses, cette diminution est surtout accentuée en certaines régions.

Dans toute la couche moléculaire, sous les épanchements méningés, il existe une prolifération névroglique.

MM. les Drs MARIE et MADELEINE PELLETIER.

Paralysie générale et maux perforants. — Nous avons pu étudier, dans notre service, deux paralytiques généraux qui présentaient au niveau de la plante du pied des maux perforants.

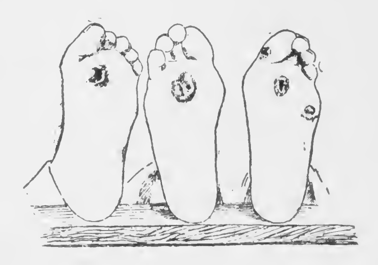
Le premier de ces malades, Aub..., est entré à l'Asile le 1er décembre 1902 avec le certificat suivant du Dr Legras : « Paralysie générale, affaiblissement intellectuel, projets extravagants. Insomnie. Idées délirantes de richesse. Inégalité pupillaire. Troubles de la parole. Mal perforant du pied gauche. Il doit épouser prochainement une jeune fille très riche ; un ami de son beau-frère doit mettre à sa disposition des voitures, des domestiques etc... »

Depuis son entrée le malade a présenté des périodes alternatives d'amélioration et d'aggravation ; actuellement, quoique toujours affaibli au point de vue mental, il est en rémission quant à ses idées délirantes et il aide assez bien les infirmiers dans leur besogne journalière. Le point intéressant à signaler, c'est que : en même temps que s'opérait la rémission mentale, les maux

perforants s'amélioraient aussi, la suppuration tarissait et la plaie était en bonne voie de guérison.

Notre second malade, Bau..., est décédé. Chez lui également on a pu constater à son entrée dans notre service les symptômes évidents de la paralysie générale. Après une période d'excitation intellectuelle et physique il est entré en rémission. Malheureusement l'amélioration a été de courte durée ; bientôt le malade s'est excité à nouveau et il a été emporté très rapidement.

Comme le précédent sujet, Bau... présentait au niveau de la plante du pied, à droite et à gauche, plusieurs maux perforants. Avec la rémission psychique les lésions du pied se sont amendées



elles aussi, et enfin, lorsque est survenue la période d'excitation terminale, on a vu les maux perforants se rallumer tout comme la maladie : les ulcérations se sont creusées à nouveau, et ont donné lieu à une suppuration abondante.

C'est Christian qui, l'un des premiers, a signalé le mal perforant dans la paralysie générale. — Marandon de Montyel l'y a signalé également; mais d'après lui il se rencontre surtout quand la paralysie générale se complique d'alcoolisme. D'après lui également, l'existence du mal perforant favoriserait les rémissions de la maladie. — Outre l'action de l'affection elle-même, le rôle des intoxications dans la genèse des maux perforants, chez les paralytiques généraux, semble également confirmé par l'observation de notre malade Bau...

Chez lui, en effet, le mal perforant serait survenu à la suite

d'une intoxication grave provoquée par l'ingestion de viandes avariées.

Pour certains auteurs, d'ailleurs, il ne faudrait pas adopter, en ce qui concerne l'étiologie des maux perforants, la théorie nerveuse d'une façon trop exclusive et la compression aurait aussi une certaine part.

Si l'on observe, en effet, que presque toujours (quoiqu'on ait signalé un mal perforant palmaire) le mal perforant siège à la plante du pied et précisément au niveau du gros orteil, point sur lequel porte en partie le poids du corps, on se rendra compte que la cause mécanique doit avoir sa valeur. Certes, elle n'est pas la seule et il faut y joindre les troubles résultant de lésions du système nerveux soit périphérique, soit central ; néanmoins la pression reste quand même un facteur.

Au reste, il est logique, à ce point de vue, de rapprocher du mal perforant les eschares du coude ou des talons et celles du *sacrum* si fréquentes, elles aussi, dans la paralysie générale. Or, comme cette dernière se rencontre surtout chez les malades couchés, il est probable que la pression qui s'exerce alors au niveau du *sacrum* y soit un facteur d'une certaine importance. C'est donc la théorie mixte, mécanique et nerveuse, qui semble devoir fournir au mal perforant l'explication la plus satisfaisante.

Ainsi que le rappelait, à propos des eschares des paralytiques, M. le Dr Vigouroux dans une récente communication à la Société médico-psychologique, on peut opposer au decubitus omniosus de Charcot et aux eschares médianes du *sacrum* (généralement progressives et graves) les eschares unilatérales fessières généralement curables et en rapport avec un élément périphérique local (pressions et troubles trophiques des tissus comprimés) ; les eschares talonnières ou plantaires, compris les maux perforants qui nous occupent, seraient de même ordre que certaines eschares latérales ; auraient-elles aussi une action sur la marche de la maladie et leur évolution serait-elle en rapport parfois avec les phases critiques prémonitoires des rémissions ?

En résumé, dit M. Vigouroux, il existe chez les paralytiques généraux des eschares de trois sortes : 1° des excoriations mal soignées, qui s'infectent et déterminent des mortifications plus ou moins étendues ; 2° des eschares fessières en rapport avec des

poussées congestives; 3° des eschares sacrées en rapport avec des lésions de myélite aiguë. J'en conclus qu'il est inexact de dire avec les classiques (le *Traité* récent de M. Gilbert Ballet, par exemple) que les eschares sont toujours évitables chez les paralytiques généraux.

On sait les théories anatomo-pathologiques variées invoquées par les auteurs pour expliquer les maux perforants et les eschares en général de la démence paralytique, elles se ramènent à trois. Les uns invoquent une *lésion locale*, la névrite terminale et l'hyperémie neuro-paralytique (Charcot), la lésion vasculaire sous-cutanée (Durante), infarctus artério-scléreux (embolie ou trombose), ou foyers miliaires vaso-paralytiques (Klippel), ou bien le foyer septique sous-cutané au point contus (malpropreté des literies et négligences du personnel). D'autres invoquent une *lésion centrale* des centres corticaux vaso-trophiques (Joffroy), de ganglions trophiques spinaux (Dejerine), ou des racines nerveuses en émanant (névrites de Pitres).

Enfin certains ont invoqué une dyscrasie générale sanguine (A. Voisin) ou une infection septique dont la détermination en foyer ne serait qu'un abcès de fixation.

Dans cette catégorie rentreraient les intoxications exogènes (alcool, plomb, etc.) ou endogènes (syphilis, diabète) ; nos observations s'en rapprochent par antécédents spécifiques, le diabète transitoire et l'empoisonnement alimentaire relevés.

L'un de nos malades a aussi des abolitions de réflexes relevant de scléroses médullaires combinées probables, tabétiformes.

M. Decore, comme M. Deguise, prétend que chez les paralytiques généraux les plaies prennent rapidement un mauvais caractère. Une simple excoriation peut, dit-il, devenir le point de départ d'un phlegmon diffus très étendu. *Pour le chirurgien de Charenton il existe, chez les paralytiques généraux, une véritable diathèse gangréneuse et purulente.*

Il y a plus de quarante ans que M. Baillarger a signalé cette tendance de suppuration chez les paralytiques. C'est cette prédisposition, suivant l'éminent aliéniste, qui fait que les eschares se développent en dehors des points exposés aux compressions.

Il a observé lui-même un de ces cas de suppuration prolongée,

et rapporte des observations de phlegmons developpés sous l'influence de causes très minimes.

Il y aurait donc, dans la paralysie générale, déviation du travail curatif et formation du pus. Cette tendance à la gangrène, qui existe incontestablement dans un grand nombre de cas, n'est cependant pas constante. — M. Dagonnet croit qu'elle ne se montre qu'à une période avancée de la maladie. Pour lui, dans les premières périodes de la paralysie générale, les plaies guérissent rapidement.

En résumé, chez les paralytiques généraux, les plaies ont une tendance à la suppuration qu'elles ne présentent pas chez d'autres.

Peut-être les différences observées tiennent-elles, indépendamment de la période à laquelle la maladie est arrivée, à la participation plus ou moins grande de la moelle aux lésions du cerveau.

Tendance à la suppuration, tel est donc le caractère que la paralysie générale imprime aux blessures (sauf peut-être blessures de tête).

Voyons un peu maintenant l'influence du traumatisme sur la maladie du système nerveux. — 2° Influence du trauma sur la paralysie générale.

M. Doutrebente [1] a cité un grand nombre de rémissions de paralysie générale survenues à la suite de suppurations prolongées.

M. Decorce dit « qu'il lui a été donné d'observer des exemples de rémission fort longue dans la marche de la paralysie générale se produisant sous l'influence d'érysipèles phlegmoneux très étendus, ou d'eschares qui, au premier abord, paraissaient plutôt devoir marquer le début d'une période de marasme, conduisant les malades qui en étaient atteints à une issue rapidement funeste. »

Il y a deux ans, M. Christian a cité encore deux faits de paralysie générale à la suite de suppurations prolongées. Dans ce cas il s'agissait d'un panaris avec phlegmons de la main et de l'avant-bras; dans l'autre, des plaies graves sur différentes parties du corps.

Nous avons vu également que l'amélioration des maux perforants apparus chez nos malades a coexisté avec des rémissions notables dans la marche de la paralysie générale.

(1) Doutrebente, *Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale.* — Paris, 1878.

Si l'on s'en rapporte aux travaux de nombre d'aliénistes, il n'y aurait pas là seulement une coexistence, mais une véritable liaison de cause à effet. Baillarger déjà, puis Joffroy, et enfin l'un de nous (1) ont signalé l'influence bienfaisante des suppurations et de leur cure sur la marche de la maladie, nombre d'observations ont été publiées de paralytiques généraux, même à la troisième période, ayant présenté des améliorations d'assez longue durée à la suite de la cure de suppurations prolongées dues à des causes diverses telles que maux perforants, eschares, pleurésies purulentes, phlegmons, etc.

De là à provoquer artificiellement des suppurations, dans l'espoir d'obtenir après leur cure les bons effets des suppurations spontanées, il n'y avait qu'un pas, que naturellement on a franchi. Malheureusement les résultats de cette thérapeutique n'ont pas été encourageants et l'on n'a eu guère à enregistrer que des échecs.

Il est facile, dit M. Ramond (2), de provoquer la leucocytose par l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse d'une substance quelconque, mais exempte d'une trop grande toxicité. Certains composés semblent même doués d'un pouvoir presque spécifique à cet égard : telles la nucléine, la spermine, l'albumose ; tels les extraits de thymus ou de testicule, qui provoquent la polynucléose ; sans oublier le vulgaire bouillon peptoné ou le sérum artificiel. De leur côté, la pilocarpine (Besredka), l'iode (Labbé et Lortat-Jacob), favorisent la production d'une mononucléose, précédée d'ailleurs dans les premières heures qui suivent l'injection, d'un certain degré de polynucléose. Les expérimentateurs ont provoqué ces diverses leucocytoses dans trois conditions différentes : avant, pendant ou après l'injection à l'animal de germes virulents. Les résultats ont-ils été conformes aux prévisions ? On ne saurait l'affirmer, car, de l'avis même des auteurs, ils sont souvent inconstants, et nous ajoutons, parfois contradictoires. Ainsi Vaughan et surtout Kraussmann vantent l'action favorable d'une leucocytose *préventive*, alors que Lœwy et Richter (3) par contre, ne croient qu'à l'efficacité d'une leucocytose produite par l'injection *simultanée* de microbes et de substances provocatrices.

(1) Drs Marie et Viollet, *Suppuration et rémission de la paralysie générale.*
(2) *Presse Médicale*, 20 février 1904.
(3) *Presse Médicale*, 20 février 1904.

Dans certaines infections, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie, la méningite cérébro-spinale, le paludisme, les suppurations provoquées avaient donné à MM. Armozan et Carles, ainsi qu'à d'autres praticiens, des succès inespérés. Néanmoins, très probablement on avait eu simplement affaire à des séries heureuses où le hasard avait une action bien plutôt que l'agent thérapeutique lui-même. Ce qui le prouve, c'est qu'il en a été de ce mode de traitement comme de bien d'autres ; après l'engouement du début, il a fallu renoncer aux espérances formées ; après les succès, des revers sont venus, et on a vu que la panacée était encore une chimère.

Les premiers succès obtenus dans les intoxications à effets somatiques ont poussé les cliniciens, et notamment un Anglais, Lews C. Bruce, à appliquer les abcès de fixation au traitement des maladies mentales.

Voici les résultats qu'il a obtenus (V. tableau p. 181).

On voit par ce tableau que, si les suppurations provoquées semblent donner quelques résultats dans les psychoses, dans la paralysie générale on n'en a pu obtenir aucun effet et il ne faut pas oublier que nombre de cas de psychoses guérissent sans traitement et que, par suite, le rôle des abcès de fixation dans leur issue favorable n'est pas certain.

Il ressort de tout ceci que sur les processus intimes de la maladie en général et sur l'influence et le mécanisme des ulcérations suppuratives en particulier, nous ne savons encore rien.

Évidemment, certaines suppurations doivent être considérées comme liées à un processus de défense de l'organisme se produisant dans le but d'éliminer quelque chose, nous ne savons quoi, mais enfin quelque chose qui est en rapport étroit avec la maladie. Dans les suppurations provoquées artificiellement, au contraire, on a affaire à des organismes qui ne veulent pas se défendre, et le quelque chose qui devrait s'éliminer avec elles ne s'élimine pas. Aussi bien, pour le moment, ne pouvons-nous faire autre chose que constater les faits, à savoir que la cure de certaines suppurations en général et celles des maux perforants en particulier peuvent coïncider avec des rémissions ; quant à l'explication véritable, nous la laissons à une pathologie mentale plus avancée que la nôtre.

CAS	SEXE	AGE	MALADIE MENTALE	MICROBES INJECTÉS	OBSERVATIONS
1	F	64	Manie...........	Diplocoque.......	Rémission des attaques, mais bénéfice très fugace.
2	F	64	»	»	
3	F	36	»	Diplocoque et autres microbes......	Guérison.
4	H	53	»	Diplocoque et autres microbes.......	Guérison.
5	F	62	»	Abcès stérile.....	Rémission des attaques.
6	F	46	»	Diplocoque.......	Guérison.
7	F	47	»	Diplocoque et autres microbes.......	Rémission, puis rechute avec dépression.
8	F	53	»	Abcès stérile.....	Amélioration.
9	F	32	»	»	Excitation augmentée.
10	F	62	»	»	Guérison après quelque temps.
11	F	28	» puerpérale..	»	Guérison rapide.
12	F	28	» épileptique..	»	Arrêt des attaques.
13	F	27	»	»	Pas de résultat.
14	F	24	» chronique...	Cocci...........	Bon résultat.
15	H	24	»	Stérile..........	Guérison.
16	F	18	»	Diplocoque.......	Bénéfice temporaire.
17	H	35	Paralysie générale.	Stérile..........	Pas de résultat.
18	F	47	» .	»	Pas de résultat.
19	F	38	» .	»	Pas de résultat.
20	F	50	» .	Cocci...........	Pas de résultat.
21	H	37	» .	Stérile..........	Amélioration.
22	F	35	Mélancolie anxieuse	»	Bénéfice temporaire.
23	F	54	»	»	Pas d'amélioration.
24	H	54	»	»	Pas d'amélioration.

MM. les Drs SABRAZÈS et BONNES (Bordeaux), **présentent des préparations microscopiques :**

De deux cas de *carcinome secondaire des centres nerveux* se révélant plus de deux ans après l'ablation chirurgicale de carcinomes du sein, sans récidive locale ; ces tumeurs pouvaient en imposer, à l'œil nu, sur la table d'autopsie, pour de gros tubercules par suite de la présence, dans la masse, de foyers de mortification cellulaire. Les malades qui ont fourni ces pièces

pathologiques ont été observés : la première, par MM. Sabrazès et Bonnes; la seconde, par MM. Cassaët, Sabrazès, Charrier et Bonnes.

MM. Sabrazès et Muratet (Bordeaux) présentent des préparations de *cellules hématomacrophages* provenant d'un cas d'hémorrhagie cérébrale avec éruption ventriculaire (liquide rachidien *intra-vitam*. Les cellules que MM. Sabrazès et Muratet ont signalées les premiers — proviennent des cellules de revêtement des travées et des parois, des espaces sous-arachnoïdiens, et aussi, dans certains cas, de corps granuleux ayant englobé des hématies.

M. le Dr MARIE.

Le Bromdiéthylacétamide (Neuronal). *Son action hypnotique et sédative chez les Aliénés.*

$$\begin{matrix} C^2H^5 \searrow \\ C^2H^5 \nearrow \end{matrix} \underset{\displaystyle Br}{\underset{|}{C}} - CO - AzH^2$$

se tire de l'acide diéthylmatonique,

$$\begin{matrix} C^2H^5 \searrow \\ C^2H^5 \nearrow \end{matrix} C \begin{matrix} \nearrow COOH \\ \searrow COOH \end{matrix}$$

qui, chauffé, perd GO^2 et donne l'acide diéthylacétique.

$$(C^2H^5)^2 - CH = COOH.$$

Cet acide, traité par le perchlorure de phosphore, donne un chlorure,

$$(C^2H^5)^2 - CH = COCl$$

que le brome transforme en

$$(C^2H^5)^2 - CBr - COCl.$$

Enfin l'ammoniaque agissant sur ce dernier corps donne le neuronal sous forme d'une poudre blanche cristalline, à odeur de camphre, de saveur amère, et fondant à 66°-67°.

— On a, dans ces dernières années, appliqué avec succès au traitement de l'insomnie divers composés chimiques de la série des acétamides et des hypnotiques à radicaux éthyles ($C^2\,H^5$). Tels

furent le sulfonal (diéthylacétosulfone), le trional (triéthylméthan méthylsulfone et le véronal (diéthylmalonylurée).

Dans la série des acétamides, une longue liste de produits restaient à expérimenter, parmi lesquels ceux à radicaux éthyles, pouvaient offrir quelques avantages au point de vue de l'action hypnotique, si l'on admet que ce radical commun caractérise les amides et narcotiques voisins auxquels l'expérience a permis de rapporter une action nette sur le sommeil.

Qu'il suffise de rappeler à ce propos, outre le sulfonal, le trional et le véronal précités, le méthytal, l'hydrate d'amylène (diméthyl-éthylcarbinol), l'éther (deux groupes d'éthyle), la paraldéhyde (trois), le chloral, le trichlorisopropylalcool (isopral) et le dormiol (amylalcoolat de chloral).

Les principaux acétamides éthyliques halogénés sont :

Le bromdipopylacétamide.

Le brométhylpropylacétamide.

Le bromdiéthylacétamide.

Ils ont été isolés par Fuchs et Schultze, dont les expériences ont prouvé l'action narcotique, surtout pour le dernier des trois. C'est au contrôle de cette action que nous nous sommes appliqués par une série d'expériences sur l'animal suivies d'applications cliniques encourageantes.

Recherches du Laboratoire

Les recherches de laboratoire ont porté sur les examens de sang des malades, ainsi que sur les analyses chimiques d'urine en vue de contrôler les recherches de thérapeutique expérimentale pratiquées après vérification de l'innocuité des traitements employés.

C'est par les expériences sur l'animal que nous avons procédé tout d'abord pour utiliser le nouvel hypnotique.

Propriétés Physiologiques

L'étude des propriétés physiologiques du neuronal a été faite expérimentalement sur l'animal par Fuchs et Schultze. Les résultats obtenus par ces auteurs ont été récemment communiqués à

la réunion de la Société allemande de Psychiatrie de Göttingue. Ces expériences sont peu nombreuses et peu détaillées; nous les citerons en rapportant le résumé d'expériences que nous avons faites avec M. le Dr Viollet sur le lapin. Nous terminerons en citant les résultats obtenus chez l'homme normal et les malades (pouls, respiration, hématimétrie).

Des expériences de Fuchs et Schultze il résulte que le sommeil provoqué par le neuronal vient rapidement, est profond, prolongé, n'a que de rares intermittences, et permet assez rapidement le retour à l'état normal. Il provoque un peu de vertige.

Nous avons, au cours de nos expériences personnelles, fait les mêmes constatations. Nous avons, de plus, étudié les variations subies par la respiration, la circulation, la digestion, les excrétions et les sécrétions, la sensibilité générale, la motivité volontaire et réflexe.

D'une première série d'expériences nous croyons pouvoir tirer les réflexions suivantes:

Un gramme de neuronal introduit en deux fois, à 3 heures de distance, par injection hypodermique, dans un lapin de 3 kilogrammes, n'entraîne pas la mort de l'animal.

Les principaux symptômes observés après la prise du médicament consistent en une anesthésie complète et une paralysie généralisée ; une paralysie des fibres lisses (intestin, estomac), d'où gonflement de l'abdomen. Des graphiques pris de 5 en 5 minutes ont permis de constater une accélération bientôt suivie de ralentissement de la respiration ; une accélération, bientôt suivie de ralentissement des mouvements cardiaques ; une absence de sécrétion du côté de la peau et de la muqueuse buccale ; une abolition des réflexes.

La deuxième série d'expériences nous paraît comporter les quelques réflexions suivantes :

Une dose relativement considérable de neuronal (2 gr. pour un lapin de 3 kg., soit 0g,66 par kilogramme d'animal) n'entraîne pas la mort de l'animal. Il est vrai qu'après 6 heures l'état général de l'animal était fort mauvais et nul doute que l'issue n'eût été fatale si nous n'avions fait une injection de 0cg,50 de caféine. Les effets de cet antidote ont surtout porté sur l'excrétion urinaire, ainsi qu'il fallait s'y attendre. Les urines n'ont pas pu être recueillies,

mais toutefois il est probable qu'elles contenaient une certaine quantité de toxique. Par conséquent l'on peut considérer la caféine comme un antidote du neuronal.

Encore plus ici que dans la première série d'expériences, parce que la dose du médicament a été plus forte, on peut voir l'action de l'hypnotique :

Au début, il y a anesthésie du train de derrière : cela semblerait prouver que les terminaisons nerveuses périphériques sont touchées avant les centres. Les membres antérieurs sont eux-mêmes pris avant l'établissement du sommeil profond.

Le cerveau est ensuite atteint. En 10 minutes, l'animal dort légèrement. Il ronfle et dort profondément 5 minutes après.

Les mouvements (soubresauts) que fait l'animal 45 minutes environ après l'injection du médicament n'interrompent pas le sommeil. Il semble qu'ils représentent de grands mouvements réflexes à point de départ interne. Ces mouvements ne se reproduisirent d'ailleurs plus à partir de ce moment de l'expérience. Les réflexes cutanés cessèrent complètement au bout de 1 heure 30 minutes environ. Ces phénomènes semblent indiquer que la moelle n'est influencée que consécutivement au cerveau.

Enfin, on voit la cessation totale de la sécrétion salivaire s'établir vers 5 heures, c'est-à-dire 2 h. 30 environ après l'injection de l'hypnotique. Ce qui semble démontrer que les centres vaso-moteurs et trophiques sont atteints en dernier lieu.

Les centres respiratoires et circulatoires ne sont atteints à leur tour que tardivement, 7 heures environ après le début de l'expérience. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point à propos d'une quatrième série d'expériences où la durée de la survie fut bien moindre.

L'injection de neuronal laissa après elle une paralysie du train de derrière qui semble devoir être attribuée à une accumulation du toxique au niveau de la moelle lombaire. Toutefois, cette conclusion doit être réservée, car l'injection du médicament fut faite au niveau de la cuisse droite, et il se pourrait que, malgré les précautions, un filet nerveux ait été touché et qu'il y ait eu, consécutivement à ce traumatisme et à l'inflammation locale produite par le médicament, production d'une lésion dégénérative des nerfs des membres postérieurs.

Une troisième série d'expériences paraît permettre les considérations suivantes :

En dépit de l'ingestion simultanée des antidotes, le neuronal pris à très forte dose ne permet pas la survie.

La principale lésion paraît siéger au niveau des reins, qui sont congestionnés et semblent empêcher le passage de l'urine. C'est du moins la conclusion que l'on peut tirer de l'absence de miction pendant toute l'expérience, jointe à la constatation nécropsique d'une faible quantité d'urine dans la vessie.

Les autres expériences entreprises au sujet du neuronal nous ont fourni les mêmes résultats sur ce point, Par contre, lorsque l'on provoque une diurèse, l'animal élimine le toxique par ses urines, et la survie est possible. L'action semblable exercée par le médicament sur les glandes de la peau et les glandes salivaires permet de conclure que le neuronal exerce sur les glandes une action telle que la sécrétion et l'excrétion sont suspendues, paralysées.

Cette paralysie, on la retrouve sur l'intestin. Absence de rejet des gaz et des matières. Distention de l'intestin et, en particulier, du cœcum par les gaz. Elle se retrouve aussi, nous l'avons vu, au niveau des muscles lisses de la vessie, au niveau des muscles striés de la locomotion. Les congestions pulmonaire, hépatique, rénale, etc., sont l'indice d'une vaso-dilatation qui est une paralysie des muscles lisses des artérioles. Toutes ces constatations permettent de conclure que le neuronal possède une action paralysante sur tous les muscles lisses et striés de l'organisme. Le muscle cardiaque est pris le dernier.

Dans cette expérience, toutes ses actions n'ont été aussi lentes à se produire qu'en raison des antidotes ingérés en même temps et dont l'action contraire s'est produite simultanément. On en aura la preuve dans la quatrième expérience, dont les résultats furent les suivants :

Le neuronal, donné à la dose de 1 gr. à un lapin de 1550 gr., entraîne rapidement la mort de l'animal.

Son action hypnotique peut, en ce cas, être divisée en deux temps : un premier temps de sommeil, court, suivi d'un réveil peu accentué, puis un second temps de somnolence et de coma.

Son action sur la respiration peut être divisée en trois temps :

une première période de dyspnée, due en partie à l'entrée d'une certaine quantité de liquide dans les voies aériennes, mais due aussi à l'action du médicament, la même que nous avons vue au cours des premières expériences. Une seconde période, où la respiration est normale, peut-être un peu ralentie. Une troisième période de dyspnée, qui paraît due, en partie du moins, à la dilatation stomacale, et au météorisme agissant mécaniquement, et gênant les mouvements du thorax.

Nous avons également cherché expérimentalement, avec les moyens actuels, quelles étaient les propriétés physiologiques du neuronal chez l'homme.

Tout d'abord, quelle est l'action du médicament sur la circulation ? Nous avons étudié les variations du *pouls* chez trois idiots à qui nous avons donné 1 gramme de neuronal.

Les résultats sont consignés au Tableau suivant :

	Pouls		
	avant la prise.	avant le sommeil.	pendant le sommeil.
Observation XXXV.....	87	82	76
» XXXVI....	81	80	72
» XXXVII...	60	60	58

On voit, d'après ces observations, qu'on observe une diminution du nombre des pulsations après la prise du neuronal. Donc il y a ralentissement de la circulation. Le fait ne doit pas étonner. Le ralentissement est physiologique pendant le sommeil.

Nous avons également, au cours de ces expériences et sur ces mêmes malades, recherché l'action du neuronal sur les globules sanguins. Nous avons employé la méthode de Maret. Avec l'approximation que donne cette méthode, nous n'avons pas trouvé de grandes variations avant ni après :

Observations		
XXXII.	XXXIII.	XXXIV.
3 906 000 rouges	3 472 000 rouges	3 317 000 rouges
4 790 blancs	3 570 blancs	5 350 blancs
4 030 000 rouges	3 441 000 rouges	3 627 000 rouges
4 500 blancs	3 720 blancs	4 920 blancs

On ne peut, en outre, constater aucune modification dans la configuration des globules.

Nous avons cherché l'action du neuronal sur le nombre des respirations. Elles sont plus régulières et moins nombreuses pendant le sommeil, mais il n'y a pas, à ce point de vue, de différence appréciable entre le sommeil normal et le sommeil du neuronal.

Les urines émises contiennent du brome. Elles sont un peu moins abondantes que normalement, un peu plus fortes en couleur. Elles ne contiennent pas de produits étrangers (albumine, sucre, indican, etc.). Les chlorures, phosphates, etc., sont un peu augmentés, l'urée est peut-être un peu diminuée ; toutefois, ce résultat est peu visible relativement à la quantité d'urines émises. Il est plus remarquable si l'on tient compte de la diminution de la quantité d'urines émises à la suite du traitement. L'urée devrait, en ce cas, être relativement augmentée.

Nous ajouterons que, d'après des recherches faites par notre interne en pharmacie, G. Boyer, nous n'avons pu constater l'opinion de Fuchs et Schultze concernant l'élimination lente du neuronal par les urines. Après avoir fait prendre 2 gr. de neuronal à un malade qui n'était soumis par ailleurs à aucune médication, nous recueillons son urine au bout de 3 heures, puis de 3 heures en 3 heures pendant 24 heures. Prélevant sur chaque échantillon 1 volume de 100^{cm^3}, nous l'évaporons, puis le calcinons en présence d'azotate de potasse. Sur chacun de ces résidus, repris par l'eau acidulée avec de l'acide azotique, nous recherchons le brome par l'eau de chlore et le chloroforme. Par ce procédé, nous obtenons les résultats suivants :

Le brome s'est montré vers les 3 premières heures en assez faible quantité ; sa proportion s'accroît à la 6e heure, présente un maximum à la 9e, puis s'affaiblit pour redevenir inappréciable aux réactifs vers la 20e heure.

Applications cliniques

Le Neuronal a, en méthode générale, été donné à doses progressives de 0,50 à 1,50 ou 2 grammes, durant 8, 16 ou 21 jours, en augmentant les doses de semaine en semaine.

Première Série (Insomnie sans hallucinations).

Obs. 1. — Epileptique amputé. Insomnie par moignon douloureux........................	Sédation, mais action nulle sur l'épilepsie.
— 2. — Affaiblissement sénile. Epithélioma de l'œil gauche. Insomnie douloureuse.........	Sédation.
— 3. — Débile avec crainte de persécution. Insomnie sans hallucinations..................	Action indécise.
— 4. — Débile mélancolique. Insomnie sans hallucinations............................	Sédation, puis action indécise.
— 5. — Obsédé génital fétichiste. Insomnie sans hallucinations	Sédation.
— 6. — Mélancolie chronique. Insomnie sans hallucinations...........................	Action indécise.
— 7. — Débile mystique. Insomnie sans hallucinations.	Action indécise.
— 8. — Débile mélancolique. Anxiété nocturne......	Sédation.

Deuxième Série (Délirants déprimés).

Obs. 9. — Mélancolie..........................	Sédation constante
— 10. — Mélancolique persécuté..................	Sédation.
— 11. — Débile alcoolique. Hallucinations..........	Insuccès.
— 12. — Paralysie générale. Exhubérance..........	Sédation finale, après insuccès initial.
— 13. — Délire chronique	Atténuation des hallucinations hypochondriaques
Obs. 14. — Délire chronique	Atténuation de l'insomnie sans modification du délire hallucinatoire.
— 15. — Délire de persécution à impulsion ambulatoire.	Action indécise.

Troisième Série (Délirants exubérants).

Obs. 16. — Dégénérescence et délire polymorphe.....	Action accessoire utile.
— 17. — Manie intermittente..................	Sédation.
— 18. — Folie circulaire..................	Sédation à la fin de l'accès seulement
— 19. — Manie rémittente..................	Sédation à la fin de l'accès seulement.
— 20. — Manie chronique..................	Atténuation de l'insomnie.
— 21. — Manie chronique..................	Atténuation de l'insomnie.
— 22. — Manie chronique.....	Action douteuse.

On le voit d'après les 8 premières observations, le neuronal peut être considéré comme un hypnotique utile dans les insomnies de cause morale.

Nous avons distrait, de la première série, les cas où il y avait des hallucinations, quelles quc soient d'ailleurs la part de ces hallucinations dans la production de l'insomnie et la part concomitante des phénomènes purement moraux qui les accompagnaient.

D'après les observations IX et XV, nous voyons que les insomnies causées par les hallucinations sont plus tenaces et résistent davantage à l'action du neuronal. Cela ne doit pas étonner : il en est de même avec tous les hypnotiques. Mais cette résistance, en nous forçant à continuer le traitement, a donné des preuves du peu d'accoutumance du neuronal.

Dans les cas de la troisième série, le neuronal eut une action utile. Quand l'insomnie n'a pas cédé, l'évolution des accès maniaques a paru parfois être abrégée et le relèvement du poids semblerait indiquer dans d'autres que l'agitation a été modérée.

Au total, les observations XVI à XXII semblent indiquer que le neuronal peut aider à combattre l'agitation maniaque et abréger l'accès.

En présence de dix observations de paralytiques généraux nous pouvons établir la statistique suivante :

1° Au point de vue de l'insomnie, nous avons vu les résultats être concluants avec 0g 50, seulement dans les observations XXV, XXVIII, XXXII, XXXIV. Il a fallu 1 gr. pour obtenir des résultats concluants dans les observations XXVIII, XXX, XXXIII, 1g,50 dans les observations XXVII, XXIX ; enfin jusqu'à 2 gr. dans l'observation XXXI. L'excitation nocturne a été d'autant plus facile à calmer qu'elle était plus modérée. Elle a été aussi plus facile à calmer chez les individus plus près du début de leur maladie.

2° L'excitation diurne a paru être un peu diminuée dans les observations XXV, XXVI, XXVII, XXVIII. Elle a complètement cessé dans les observations XXX et XXXII, dont les malades sont entrés en rémission. Elle a cessé 2 ou 3 jours après un traitement intensif dans l'observation XXXI. Elle a persisté sans changement dans les observations XXIX et XXXIV. On doit d'autant plus s'attendre à voir tomber l'excitation sous l'influence du neuronal, que cette excitation est plus récente, plus modérée et plus près du début de la maladie. Quant aux rémissions, il est impossible de savoir si elles sont en partie dues à l'action de l'hypnotique.

Le poids des malades a augmenté dans les observations XXIX, XXX, XXXII. L'augmentation a varié de 0kg, 500 à 2 kg. Le poids est resté stationnaire dans l'observation XXXVIII ; il a diminué de nouveau après être resté stationnaire pendant la durée du traitement dans l'observation XXXII ; il a continué à diminuer dans l'observation XXXI. L'accroissement du poids est surtout marqué après un long traitement et chez des malades dont l'agitation n'est pas extrême.

Nous n'avons pas eu de décès parmi les paralytiques en état d'excitation maniaque à qui nous avons donné du neuronal.

Un coup d'œil d'ensemble sur les résultats obtenus dans l'agitation automatique par le neuronal montre que :

L'agitation nocturne des idiots peut être calmée par le neuronal ;

L'insomnie des déments précoces peut aussi être conjurée par ce moyen ;

Les résultats sont moins bons dans l'agitation automatique des paralytiques et l'insomnie qui l'accompagne. C'est cette agitation qui semble la plus rebelle à un traitement suivi. D'ailleurs le neuronal n'est pas le seul en ce cas ; seul le sulfonal à dose pres-

que toxique endort ces malades, mais des accidents sont alors à craindre.

Nous n'avons pas eu l'occasion de soumettre au traitement par le neuronal les alcooliques aigus dont l'insomnie est si riche en hallucinations de la vue. Mais nous l'avons essayé dans l'insomnie de la désintoxication rapide des morphinomanes. Le neuronal, en produisant le sommeil, peut aider à atténuer l'appétence à la morphine, l'âpre soif morphinique, si nous en jugeons par un cas où nous l'avons appliqué.

Nous l'avons essayé aussi contre l'insomnie simple, si fréquente chez les névropathes et les neurasthéniques en hypotension. Beaucoup de qualités permettent d'en recommander l'emploi. Le neuronal procure alors souvent un sommeil rapide et profond. Le réveil en est agréable et reposé. Dans l'insomnie simple, il procure le sommeil avec des doses minimes : 0 gr, 50. Il ne s'accumule pas. Son accoutumance est faible. Sa suppression n'entraîne pas d'accidents. Il n'est pas toxique. Il n'a pas une action très marquée sur le cœur et peut être donné aux cardiaques. Il n'a pas une action très marquée non plus sur la respiration et ne nuit pas aux pulmonaires. Il n'a aucune action nuisible sur le tube digestif. Le brome qu'il contient s'élimine assez lentement et sert de sédatif à l'organisme. Telles sont les principales qualités qui le font recommander. Ses inconvénients sont très peu nombreux : son goût est désagréable, mais il peut être masqué par le sirop d'écorces d'oranges amères, ou bien le produit peut être enrobé dans du pain azyme, ou il peut être directement avalé sous forme de pastilles. Il est bon alors de le prendre avec une boisson chaude, comme du thé léger ou du tilleul, afin d'éviter son action directe sur la muqueuse stomacale.

Pour terminer cette étude du neuronal, disons un mot de ses effets dans l'épilepsie. Nous n'avons pu les étudier que sur un petit nombre de malades, la plupart des malades du service étant déjà soumis au traitement par les bromures associés. Il nous a fallu seulement utiliser le neuronal sur les nouveaux entrants non soumis déjà par ailleurs à la médication bromurée. Encore n'acceptions-nous que sous réserve l'opinion de G. Fuchs et Ernst Schultze : « Comme la teneur en brome du neuronal, qui est de 41 %, est relativement élevée, il est donc indiqué de l'expérimen-

ter dans l'épilepsie. » *Si l'on compte uniquement sur le brome* du neuronal pour parer aux accidents convulsifs, le produit se montre notablement inférieur au *bromure de sodium*, qui en contient 77,6 %; au *bromure de potassium*, qui en contient 67,2 % et au *bromure de strontium*, qui en contient 47,7 %. Or on peut donner du bromure de potassium ou de sodium à dose élevée, *jusqu'à 12 grammes par jour*. Cette médication intensive est même considérée comme indispensable par certains auteurs : « On ne peut espérer d'effet thérapeutique, dit Féré[1], que lorsque le médicament produit des effets physiologiques : lassitude, sommeil, anaphrodisie, suppression de la nausée réflexe produite par l'irritation mécanique de la base de la langue et du pharynx... S'il est vrai que les cas les plus favorables sont ceux qui sont influencés par des doses moyennes de 4 grammes à 8 grammes, il n'est pas douteux que beaucoup d'épilepsies qui résistent à ces doses sont susceptibles d'être modifiées par des doses plus fortes. »

Ainsi, si l'on voulait instituer avec le neuronal une médication intensive de l'épilepsie, on serait obligé, pour donner autant de brome qu'il en est contenu dans 12 grammes de bromure de sodium, de donner 22^{gr}, 7 de *neuronal*. Et même si l'on ne tenait compte que des cas plus favorables, il faudrait donner de 7^{gr}, 5 à 15 grammes du produit. Tous ces chiffres sont trop élevés, nous n'avons pas osé les donner aux malades. Avec les doses minimes que nous avons ordonnées, nous avons obtenu un bon sommeil, mais aucune action anticonvulsivante certaine.

Conclusions

L'étude que nous avons faite du neuronal, basée sur 53 observations, permet de formuler les conclusions suivantes :

1° A la dose de 1 gr. à 2 gr., le neuronal possède une action hypnotique réelle : particulièrement marquée dans l'insomnie simple, les insomnies des états maniaques, et les insomnies de cause morale ou psycho-sensorielle, cette action rend des services dans l'insomnie douloureuse, et l'agitation automatique ;

2° Il ne s'accumule pas et peut être donné tous les jours pendant des semaines sans entraîner d'accident ; son accoutumance

(1) A. Robin, *Traité de Thérapeutique*, t. XV, p. 51.

est faible, la suppression de l'hypnotique ne donne lieu à aucun trouble nouveau ; l'effet se prolonge pendant quelques jours ;

3° Son mauvais goût est assez prononcé, mais peut être masqué par une essence (citron, écorce d'orange amère) ;

4° Le neuronal ne peut pas compter comme médicament contre les crises convulsives de l'épilepsie, contrairement à ce qu'espéraient *a priori* les auteurs allemands ;

5° Les expériences physiologiques permettent d'ajouter qu'il n'a aucune influence nocive sur les fonctions de respiration et de circulation ; il paraît amener (à dose toxique) une paralysie des muscles striés et lisses (stase intestinale, etc.) ; le brome qu'il contient passe rapidement dans les urines et n'amène aucune éruption cutanée ; le passage du médicament dans le torrent circulatoire n'entraîne aucune modification dans la teneur du sang en globules, ni dans la configuration de ces derniers.

M. le Dr BOURNEVILLE.

Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité. — Le rôle de la consanguinité dans la genèse des maladies nerveuses chroniques de l'enfance est à peu près insignifiant, car elle ne constitue pas, comme nous l'avons dit souvent, l'unique élément étiologique ; il s'y joint l'*hérédité* dans beaucoup de cas, facteur redoutable ; dans d'autres l'*alcoolisme*, facteur plus redoutable encore, et, enfin, l'*hérédité* et l'*alcoolisme !*

Pour un total de 3 363 observations, la consanguinité ne figure que 113 fois, soit 3,3 %, proportion très faible, comme on voit. Ces cas se décomposent ainsi au point de vue du degré de parenté des ascendants :

Consanguinité sans indication de degré.	5
Parents cousins germains	59
Cousins issus de germains.	30
— — du 3e au 5e degré	16
— — oncle et nièce.	3
TOTAL.	113

Le tableau suivant donne une idée des affections diverses dont étaient atteints ces malades.

MALADIES	HOMMES ET GARÇONS	FILLES
Hystérie et hystéro-épilepsie...........	»	3
Epilepsie dite idiopathique..............	21	11
— symptomatique..............	10	1
— hémiplégique.................	2	»
Idiotie symptomatique..................	19	9
— myxœdémateuse...............	»	1
— microcéphalique..............	2	1
— hydrocéphalique...............	4	»
— et hémiplegie..................	1	»
— méningitique..................	1	1
Folie des enfants, manie, excitation maniaque, délire de persécution..........	»	1
Imbécillité............................	12	7
— et chorée....................	»	2
— et syndrome de Little........	3	»
— et cécité congénitale.........	1	»
	76	37
TOTAL.............	113	

Nous persistons à croire, comme nous l'avons dit bien des fois, que le mariage entre *consanguins* BIEN PORTANTS, *sobres*, *non syphilitiques*, n'exerce aucune action sur la *production des maladies nerveuses.*

M. le Dr BOURNEVILLE.

Contribution à l'étude de la Démence épileptique. — La démence est malheureusement très fréquente chez les épileptiques, adultes ou enfants, et aboutit toujours à une terminaison fatale, en offrant parfois des *rémissions* plus ou moins longues. L'observation suivante peut être considérée comme tout à fait caractéristique.

SOMMAIRE. — *Père, accidents méningitiques de l'enfance; excès de boisson ainsi que son père (grand-père paternel de l'enfant). — Mère, rien de particulier. — Grossesse accidentée par des frayeurs. — Accouchement par le siège. — Première dent à 7 mois. — Dentition complète à 2 ans. — Début de la marche et de la parole à 17 mois. — Propreté à 18 mois. — Début de l'épilepsie à 9 ans et demi, un mois après une frayeur. — Second accès trois mois après. — Marche des accès avant l'entrée et de 1895 à 1905. — Affaiblissement progressif de l'intelligence. — Modification de l'attitude. — Démence. — Traduction de la démence. — Traduction de la démence par les photographies et l'écriture. — État de mal; mort.*

Autopsie. — Caractères particuliers des os du crâne. — Méningo-encéphalite; — Piqueté hémorrhagique du corps strié, etc. — Tuberculose pulmonaire.

BARO.. (Hippolyte), né à Paris le 6 février 1885, entré à Bicêtre le 5 juin 1895, y est décédé le 11 janvier 1905.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par sa mère en* 1895). — Père, 40 ans, mécanicien, *excès alcooliques* antérieurs au mariage, et qui ont augmenté progressivement (vin, absinthe). Il a eu dans l'enfance une affection nerveuse qui a nécessité des applications de glace; il n'aurait pas eu de convulsions. Ni dartres, ni syphilis, ni rhumatisme. Mort en 1901 des suites d'une pleurésie avec hémoptysie.

Sa famille. — Son *père* buvait beaucoup (vin) et serait mort d'une affection du foie. — Sa *mère* a succombé aux suites de l'influenza. — Un *frère*, une *sœur*, sans enfants, rien de particulier. — Trois *oncles* seraient morts de maladies du foie. — Dans le reste de la famille, pas d'épileptiques, etc.

Mère, 39 ans (en 1895), fièvre typhoïde à 12 ans; aucun accident nerveux.

Sa famille. — Son père est mort de la rupture d'un anévrisme de l'aorte, sa *mère* on ne sait de quoi. Il en est de même pour ses *grands-parents.* — Ni *frères* ou *sœurs*, ni *oncles* ni *tantes.*

Pas de renseignements sur la consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an (Père plus âgé).

10 *enfants* : 1° Fille morte d'entérite à 33 jours ; — 2° garçon né à 6 mois et 3 semaines, mort 8 jours après ; — 3° garçon (âgé de 22 ans en 1905), intelligent ; — 4° notre malade ; — 5° garçon mort d'entérite sans convulsion ; — 6° fille (17 ans en 1905), normale ; — 7° fille morte à 7 mois d'entérite ainsi que deux autres filles, l'une à 65 jours, et l'autre à trois semaines ; — 10° garçon (10 ans en 1905), bien portant. Aucun n'aurait eu de convulsions.

Notre malade. — On ne sait si la *conception* a eu lieu en état d'ivresse. — La *grossesse* a été accidentée par des *frayeurs* occasionnées par les excès alcooliques du mari et des querelles entre lui et son frère. Il n'y aurait pas eu d'autres accidents. Mouvements du fœtus à 4 mois 1/2. — *Accouchement* à terme, *par le siège*, avec beaucoup de liquide amniotique. — Pas d'asphyxie *à la naissance.* — Élevé au sein par sa mère jusqu'à 7 mois, puis au lait de vache, à cause d'une nouvelle grossesse. — Première dent à 7 mois ; dentition complète à 2 ans. — Début de la marche et de la parole à 17 mois. — Propreté à 18 mois.

Les *premiers accidents convulsifs* ont paru à 9 ans et demi, Alors B... était très impressionnable, se mettait à l'écart quand ses camarades se battaient. Il apprenait facilement, avait l'intelligence des enfants de son âge. A cette époque, il aurait eu une grande *peur*, en voyant son père, *ivre*, battre sa petite sœur. Il se jeta dans les bras de sa mère en pleurant. Un mois après, la nuit, il fut pris de *convulsions* : Pas de cri, membres roides, contorsions de la face, yeux portés en haut ; pas d'incontinence, pas de bave, ni de morsure de la langue. La crise a été courte. Le lendemain il était fatigué. — Seconde crise, également la nuit, trois mois après, puis les accès ont augmenté progressivement tous les mois, tous les 15 jours et enfin, à l'entrée, il en avait presque quotidiennement. Ils n'ont jamais été compliqués de secousses, de vertiges, de cauchemars et d'accès de colère.

Dans ces derniers temps, les parents ont remarqué une certaine paresse intellectuelle, une diminution de l'attention et de la mémoire. Il lui arrivait aussi d'inventer des faits qui ne reposaient sur rien de réel et le maître d'école déclarait que sa conduite, auparavant régulière, commençait à laisser à désirer. — Ses sentiments affectifs étaient développés ; le caractère était doux, gai. Bar. . n'avait pas de mauvais instincts.

Rougeole à 5 ans, scarlatine à 5 ans et demi ; pas d'autres maladies infectieuses. — Pas d'accidents scrofuleux, sauf une blépharite ciliaire à 9 ans.

Température à l'entrée.

		Soir.	Matin
5 juin 1905	1er jour.	37°	»
6 —	2e —	37°	37°,1
7 —	3e —	37°.2	37°
8 —	4e —	37°,3	37°,2
9 —	5e —	37°,5	37°,4

État à l'entrée 1895). — L'examen physique et physiologique n'offre aucune particularité. Attitude bonne ; marche, course, saut, préhension, fonctions digestives, respiratoires, etc., normales. Changements de coloration de la face. Caractère gai, affectueux, tranquille mais n'hésite pas à se défendre si on le taquine. Sens normaux. — Sait lire, écrire, faire les trois premières opérations. (*Fig. 1, 2* et *3*.)

Traitement. — Élixir polybromuré, d'une à quatre cuillerées, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer; douches ; école et gymnastique.

1896. — *Janvier.* — D'après les notes de l'école, Ba... *tendrait vers la déchéance.* — Pupilles dilatées, la droite plus que la gauche Parole légèrement pâteuse. Pas de tremblements des lèvres, ni de la langue. Les accès sont plus fréquents durant la nuit, après 3 heures du matin :



Fig. 1. — Bar... en 1895.

rigidité des membres ; le corps se retourne sur le ventre, *la face contre l'oreiller.* Les yeux se tournent à gauche. La bouche s'ouvre alternativement avec un bruit sec comme si les mâchoires étaient mues par un mécanisme. Râle. Pas d'évacuation. La crise se termine par un fort

ronflement *suivi d'un anéantissement complet* ou le plus souvent par un *sommeil lourd et profond.*

Organes génitaux. — Verge : longueur, 35mm ; circonférence, 50mm. Prépuce long, gland découvrable, méat normal. Testicules à l'anneau. — T. R. aussitôt après l'accès, 37°,8 ; un quart d'heure après, 37°,8 ; — deux heures après, 37°,5.

Juillet. — Même état des organes génitaux, des pupilles et de la parole.

1897. *Janvier.* — On remplace l'élixir par des pilules de Méglin. — Douches d'avril à novembre.

Fig. 2. — Bar... Juin 1895.

Juin. — Par erreur, on a continué l'élixir polybromuré en même temps que les pilules. Cette conjonction de médicaments n'a pas donné de bons résultats, car les accès ont augmenté (Janvier-juin 1896 : 259 accès ; — Janvier-juin 1897 : 439, soit 180 en plus). (*Fig.* 4, 5 et 6.)

— Suppression des pilules. — Élixir polybromuré (1 à 4 cuillerées de 2 gr, 25 chaque), douches, etc.

1898. *Janvier.* — B... s'affaiblit de plus en plus intellectuellement. Il ne peut presque plus s'occuper en classe. Il ne sait jamais retrouver sa place. Il perd ses crayons, plumes et porte-plumes et accuse les autres enfants de les lui avoir pris. Caractère doux, pas de colères, souvent rit sans motif.

Juin. — L'enfant apporte de moins en moins de goût au travail. Il devient niais dans ses conversations. Il demande aux infirmières : « Voulez-vous être mon père, dites? » — Vous savez, mon camarade X.., c'est ma mère, et il rit aux éclats, fier de ce qu'il vient de dire. — Sa tenue et son attitude laissent à désirer. (*Fig.* 4, 5, 6 et 7.)

Copie

Le drapeau

Quelle est la couleur du drapeau fraçans

2 2 le drapeau français est tricolore.

Quelles sont ses trois coulleurs?

Il est bleu, blanc et rouge.

Comment s'appell son manche de bois?

Son mache de bois s'appealle la hampe

4512 +
8451
3245
16208

628 254 +
851 815
1 480 069

Fig. 3. — Septembre 1895.

1899. *Janvier.* — Malgré la diminution considérable des accès en 1898 (432 de moins qu'en 1897) l'enfant incline de plus en plus vers la déchéance. (*Fig.* 8).

Puberté. — Léger duvet sur la lèvre supérieure. Quelques poils folets au pénil. Le reste du corps est glabre. Verge : long. 4 cent., circonf. 6. Testicules toujours à l'anneau.

Juin. — Le travail devient de plus en plus mauvais en classe et la tenue de plus en plus défectueuse.

Novembre. — La déchéance s'accentue, B... ne peut plus rien faire en classe. Il lui est pénible de parler, de se déplacer. Il a toujours l'air hébété après ses accès. Difficulté de s'habiller.

1900. *Janvier.* — *Puberté.* Face, membres, aisselles, thorax, etc., glabres. Poils d'un à trois cent., peu abondants, de chaque côté de la racine des bourses. Verge, long. 6 cent., circonf. 5. Les testicules, dans l'anneau, ont la dimension d'un œuf de moineau. — Même traitement.

Fig. 1. — Mars 1897.

Juin. — L'enfant parle de moins en moins et la parole, quelquefois, est incompréhensible. Il est moins gai, ne plaisante plus.

Juillet. — On a peine à lui faire dire son nom. Il est incapable de l'écrire. Il tient la bouche ouverte à peu près constamment.

Température d'accès.

	Au moment.	1/4 d'h. après.	2 h. après.
3 novembre 1896	37°,2	37°,3	35°,5
8 — —	37°,4	37°,7	38°
13 — —	37°,6	37°,9	38°,1
13 août 1897	38°,4	38°	37°,4
22 décembre 1897	38°	38°	37°,4
22 avril 1899	37°,4	37°,1	36°,7

1897. Copie

oiseaux chantent toutest mélodie te
semble un chant d amour qui monte vers le créat.

2342
1413
B. 2041
5798

Fig. 5. — Août 1897.

Copie

fermeté inédrante de charles x 11 enfant, charles x 11, à peine encoreâgé de sept an; étaità tadle avesla reine samère, lorsq il voulut

Fig. 6. — Octobre 1897.

Décembre. — La déchéance s'accentue ; elle diminue légèrement par périodes. L'*écriture* est devenue à peu près nulle. Le *calcul* est nul depuis 1897. (*Fig.* 9.)

1901. *Mai.* — La *lecture* courante est de plus en plus difficile. Par moments, il *syllabe* à peine. La parole s'embarrasse de plus en plus. Il



Fig. 7. — Bar... en novembre 1897.

hésite toujours un instant avant de répondre, mais quand il a commencé il continue sans s'arrêter. Quand on lui dit d'ouvrir la bouche il obéit ; — puis de fermer les yeux, il les ferme mais conserve la

papa maman

Sal am la ma m
la

la lma ma ma sa ma
la la ua

Fig. 8. — Janvier 1899.

bouche ouverte. Les pupilles, égales, restent dilatées en face de la lumière. Physionomie hébétée. *Il se remet toujours lentement après ses accès.*

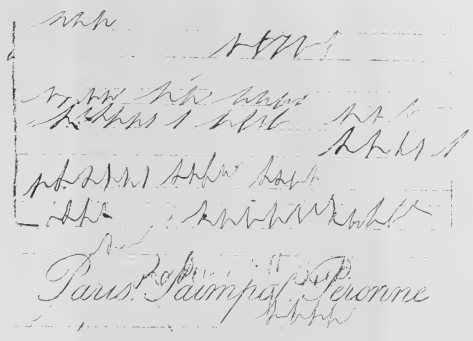


Fig. 9. — Écriture en décembre 1900.

Juillet. — *Puberté.* Même état du système pileux. Verge : 6 centimètres sur 5 1/2. Testicules descendus, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon.

En ce moment, Bar... est un peu mieux. Il répond assez bien ; à chaque leçon de lecture il syllabe avec les autres, mais très lentement et après eux. Sa tenue est moins mauvaise. Il est plus gai. — *Août.* — Physionomie hébétée, bouche ouverte. (*Fig. 10.*)

1er décembre.. — B... est incapable de travailler. Il ne peut plus rien faire en classe. Il réclame des cahiers bien qu'il en ait un devant lui. « Il sait, dit-il, et veux faire comme les autres. » Il répète continuellement : « Je ne suis pas si bête que ça. moi, na ! » Il vague dans la classe, accompagne les paroles qu'il prononce d'un dandinement du corps ou d'une marche saccadée. Il apporte à tous ses actes une grande opiniâtreté. Il a la manie de saisir par les épaules le malade Bauah..., déchéant comme lui, il le contemple pendant longtemps, veut l'embrasser, lui remettre ses vêtements en ordre. Il n'est pas méchant, se froisse ou rit de tout. L'attitude devient de plus en plus mauvaise. Le corps et surtout la tête se penchent en avant.

1902. *Janvier.* — *Puberté.* Petite bande de poils rares, courts, (3 cent. sur 2) à droite, 3 cent. 1/2 sur 2 à gauche dans les aisselles. Poils noirs longs de 2 à 3 cent. assez abondants, formant une bande de 7 cent. de largeur sur 3 de hauteur sur le pénil. Quelques poils noirs, disséminés,

sur les bourses. Testicules, de la dimension d'un œuf de pigeon. Gland découvrable (smegma abondant). Face, tronc, membres, périnée, anus,



Fig. 10. — Bar... en août 1901.

Samedi le 31 Mai 1902.

dissuader parfumer pour

Fig. 11. — Écriture en mai 1902.

glabres. Verge : longueur 8 cent. ; circonférence, 8 cent. et demi. — Le malade s'affaisse, marche la tête inclinée, le corps penché. (*Fig.* 12 et 13.)

Juin. — Pas de troubles vaso-moteurs. Affaissement physique de plus en plus prononcé. Le corps s'incline de plus en plus ; B..., incapable de tout travail, n'arrive plus à reconnaître ni son chemin, ni son lit. (*Fig.* 20.)

1903. *Janvier.* — Aggravation, B... ne reste plus assis, se promène continuellement, sans parvenir à trouver une place.

Juin. — Même embarras de la parole, congestion fréquente de la face ; dilatation des pupilles.

1904. *Juin.* — L'enfant, de plus en plus *dément* et encombrant, passe dans la salle des incurables. (*Fig.* 12 et 13.)



Fig. 12. — Bar... en janvier 1904.

Puberté. — Duvet et quelques poils noirs et courts sur la lèvre supérieure. Lèvre inférieure et menton glabres. Fin duvet sur les joues. Poils longs châtains dans les aisselles, plus abondants à droite. Rien à la poitrine. Duvet autour de l'ombilic et sur la ligne médiane ;

Mesures de la tête.

	1895	1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903		1904
	Juin	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Nov.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Juill.
Circonférence horizontale maxima	51	52	52	52	52	53	53	53	53	53	53	53.5	53.5	54	54	54	54	55
Demi-circonférence bi-auriculaire	34	34	34	34	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	36	36	36	36
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	36	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Diamètre antéro-postérieur maximum	17.5	17.5	17.5	18	18.5	18.5	18.5	19	19	19	19	19	19	19.5	19.5	19.5	19.5	19.5
— bi-auriculaire	11.5	12	12	12	12.5	12.5	12.5	13	13	13	13	13	13	13	13	13.5	13.5	13.5
— bi-pariétal	14	14	14.5	14.5	15	15	15	15	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	15.5	16	16	16
— bi-temporal	10.5	11.5	11.5	11.9	11.9	12	12	12	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	13	13	13
Hauteur médiane du front	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Poids	24.5	26	27	27	28.2	29.2	30.1	38.5	(1)	40.7	31.5	32.5	32.8	35.5	37	38	39.1	40.6
Taille	1.20	1.21	1.24	1.25	1.26	1.29	1.31	1.32	(1)	1.36	1.37	1.38	1.38	1.41	1.43	1.45	1.46	1.48
Dynamomètre D.	2	2	2	20	13	25	»	»	»	10	8	13	15	13	»	12	5	»
Dynamomètre G.	6	6	6	15	15	20.5	»	»	»	5	6	11	13	15	»	»	3	»

(1) En juillet le malade était en congé et n'a été mesuré qu'à son retour en novembre.

MOIS	1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903		1904		1905	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier......			65	»	61	»	27	»	24	»	60	»	31	»	42	»	17	»	26	»	134	»
Février			56	»	53	»	66	»	36	»	49	»	28	»	62	»	30	»	18	»		
Mars.........			43	»	122	3	53	»	37	»	25	»	29	»	68	»	32	»	19	»		
Avril			26	»	82	1	13	»	17	»	34	»	31	»	75	»	19	»	27	»		
Mai..........			46	»	90	»	32	»	10	»	17	»	20	»	32	»	34	»	37	»		
Juin.........	48	»	23	»	51	»	18	»	»	»	60	»	34	»	8	»	12	»	24	»		
Juillet.......	27	»	22	»	122	»	28	»	15	»	30	»	40	»	24	»	27	»	30	»		
Août.........	11	»	28	»	56	1	51	»	14	»	28	1	36	»	23	»	42	»	16	»		
Septembre...	9	»	48	»	24	»	33	»	15	»	63	»	31	1	29	»	30	»	24	»		
Octobre......	44	1	32	»	44	»	25	»	84	»	61	»	26	»	27	»	10	»	12	»		
Novembre...	43	»	82	»	47	1	51	»	38	»	40	»	56	»	13	»	16	»	25	»		
Décembre....	59	»	110	»	22	»	35	»	32	»	18	»	31	»	17	»	17	»	37	»		
TOTAUX...	241	1	581	»	774	6	432	»	322	»	485	1	393	1	420	»	286	»	295	»	134	»

quelques poils bruns, courts, sur les fesses. Poils noirs, longs, sur le pénil formant une bande de 13 centimètres de largeur sur 4 cent. 1/2 de hauteur. Bourses assez velues ainsi que le périnée et l'anus. Testicules égaux, du volume d'un œuf de pigeon. Les membres supérieurs sont glabres. Fin duvet sur les hanches, poils châtains assez fournis sur les jambes. Verge : longueur, 10 cent. 1/2 ; circonférence : 10 centimètres.

1905. *11 janvier.* — Bar..., au dire de la veilleuse, a eu 60 accès dans la nuit. Ce matin : T. R. 39°,2, état comateux. Les accès ont continué malgré un traitement énergique jusqu'à la mort, survenue à 4 h. 1/2 de l'après-midi. — Du 1er au 10 janvier on avait noté : 5 accès le 3 ; — 1 le 4, 1 le 6, rien les 7, 8 et 9 ; — 60 dans la nuit du 10 au 11 janvier ; 57 le 11, mort.

Température après décès.

Température aussitôt après la mort			40°,7
—	1/4 d'heure	—	40°,7
—	1/2 heure	—	39°,1
—	4 heures	—	38°,6
—	6 heures	—	37°,8
—	8 heures	—	34°,1
—	10 heures	—	32°,9
Poids après décès			31 kil. 500.

Autopsie faite le 13 janvier 1905. — Tête. — *Cuir chevelu* assez épais, légèrement congestionné, sans ecchymoses. — *Crâne* très épais, dur, lourd, assez fortement congestionné sur sa coupe, sensiblement plus épais à droite qu'à gauche. Les *sutures* persistent toutes, sont finement dentelées et *gorgées de sang.* La partie médiane de l'occipital est légèrement imbriquée sur la partie correspondante des pariétaux.

Légère plagiocéphalie, frontal gauche en retrait, occipital gauche en saillie. — Peu de *liquide céphalo-rachidien.* — Les différentes parties de la base du crâne semblent symétriques. — La *dure-mère* n'offre rien de particulier.

Encéphale. — Les *nerfs* et les *artères* de l'encéphale sont symétriques ainsi que les *artères vertébrales* (1). Des deux côtés, les ventricules latéraux, les cornes d'Ammon, les couches optiques, les corps striés n'offrent rien de notable ; — la *pie-mère*, un peu épaissie, présente une vascularisation presque générale ; çà et là quelques *plaques ecchymotiques.* Les lobes frontaux sont accolés par leur face interne et la pie-mère correspondante offre des adhérences à la substance grise.

Hémisphère cérébral gauche. — La pie-mère s'enlève en général assez facilement, sauf au niveau des plis pariétaux, du pli courbe où il y a

(1) Certains auteurs ont invoqué l'inégalité des artères vertébrales comme une cause de l'épilepsie.

des adhérences, ainsi que sur les circonvolutions de l'hippocampe et de la quatrième temporale. Les circonvolutions sont convenablement développées, sinueuses. FA et PA sont tout à fait régulières ainsi que le S. R. Le lobe frontal est relativement très développé ; ses plis de passage sont assez nombreux, les sillons sont assez profonds. Le lobule de l'insula présente des digitations volumineuses. Différentes coupes pratiquées sur cet hémisphère montrent un piqueté hémorrhagique assez prononcé des noyaux du corps strié et du centre oval.

Hémisphère droit. — Face interne. La décortication se fait assez faci-



Fig. 13. — Bar... en janvier 1904.

lement. Les circonvolutions sont volumineuses. Il n'y a pas d'adhérences. — La face convexe n'est pas décortiquée, l'hémisphère étant réservé pour examen histologique.

Cou. — Persistance du thymus. — Le *larynx* n'offre rien de particulier.

Thorax. — Adhérences nombreuses et résistantes de la plèvre droite. Adhérences assez prononcées du lobe supérieur. Congestion intense du lobe inférieur. — A gauche, œdème très marqué du lobe supé-

rieur, congestion moins accusée qu'à droite du lobe inférieur. — *Cœur*, rien à noter.

Abdomen — *Foie* et *rate* congestionnés. — Les *reins*, également congestionnés, se décortiquent facilement.

Poids des organes.

Encéphale	1.220	grammes.
Hémisphère cérébral droit	550	—
— — gauche	530	—
Cerveau	1.080	—
Hémisphère cérébelleux droit	60	—
— — gauche	65	—
Bulbe et protubérance	25	—
Cervelet et isthme	150	—
Moelle épinière	40	—
Cœur	170	—
Poumon droit	350	—
— gauche	420	—
Foie	780	—
Rate	100	—
Rein droit	70	—
— gauche	70	—

Réflexions. — I. Le *père* de B... aurait eu une *affection* probablement *méningitique* dans l'enfance. Il faisait de nombreux *excès alcooliques*. Notons aussi que son *grand-père paternel* était *buveur*. — Rien à noter du côté de la *mère* et de sa famille.

II. Pendant la *grossesse, frayeur* de la mère. — L'évolution aurait été normale jusqu'à 9 ans 1/2. Alors, un mois après une peur, est apparu le *premier accès* d'*épilepsie*. Le second est survenu au bout de trois mois. Ensuite ils ont été bimensuels, enfin quotidiens.

III. Plusieurs particularités sont à relever. 1° L'habitude que nous avons de prendre la *température* durant les cinq premiers jours de l'entrée permet de nous assurer que l'enfant n'est pas sous le coup d'une maladie intercurrente, par exemple d'une fièvre éruptive. Elle nous permet aussi d'avoir des éléments de comparaison pour apprécier l'élévation de la température sous l'influence des accès. Cette comparaison (p. 197 et 201) nous montre une *élévation* incontestable de la température après les accès, ainsi que nous l'avons dit un grand nombre de fois[1]; 2° L'enfant a

(1) T. R. fournit un excellent moyen de déceler la *simulation, par exemple* chez les militaires. Naturellement il ne faut pas se contenter d'une seule expérience.

succombé à un *état de mal* épileptique et selon la règle que nous avons contribué à établir, il y a eu une élévation considérable de la température ; 3° Pour en finir avec la température, nous devons signaler, après le décès, l'abaissement progressif de la chaleur centrale qui arrive à se mettre de niveau avec la température de la chambre[1]. On a de la sorte la *certitude de la mort* dans nos climats.

III. Bar... avait la coutume de se coucher sur le ventre, coutume dangereuse, car s'il survient un accès dans cette position la face est plaquée sur l'oreiller ou le traversin et l'asphyxie est à peu près fatale. C'est pourquoi nous recommandons aux infirmiers d'empêcher les enfants de dormir sur le ventre[2].

IV. De l'autopsie nous ne relevons que ce qui a trait à la *calotte crânienne*. Comme chez la plupart des vieux épileptiques, elle était épaisse, lourde, graisseuse et légèrement violacée, ce que l'on peut attribuer à la congestion qui accompagne les accès, et comme ici les accès étaient très nombreux, il y avait en quelque sorte une congestion chronique des os.

V. Nous avons vu que Bar.. dormait plusieurs heures après ses accès, puis, que, jusqu'au coucher, il était hébété : ce sont là des signes qu'il importe de noter, car ils amènent à porter un *pronostic* grave et à prévoir la *démence*.

VI. La *déchéance physique*, dont les photographies donnent une idée exacte (déviation antérieure et latérale du tronc, inclinaison de la tête, bouche béante) et la *déchéance intellectuelle* ont marché parallèlement. Les *spécimens de l'écriture*, pris à diverses reprises (1895 1902), traduisent bien aussi les progrès de la démence.

Rappelons que si la démence épileptique survient, en général, plus vite dans l'*épilepsie vertigineuse*, elle peut apparaître quand les *accès* sont compliqués de *vertiges* et enfin, l'observation actuelle en fournit la preuve, quand les *accès* sont très fréquents (Voir le tableau, p. 84)[3].

(1) Contrairement à l'habitude, on n'a pas poursuivi la prise de la température assez longtemps.

(2) Cette précaution doit s'appliquer à tous les enfants afin de prévenir souvent l'*onanisme*. Les oreillers de plumes, mauvais pour tout le monde, sont dangereux pour les épileptiques.

(3) Voir : Bourneville et H. d'Ollier, *Contribution à l'étude de démence épileptique*, suivie de l'*Examen histologique*, par Brissaud (*Arch. de neurologie*, 1880, p. 212.

M. le Dr FOVEAU DE COURMELLES, lauréat de l'Académie de Médecine, directeur de l'*Année électrique*, président de la Société internationale de Médecine physique.

La Galvanisation cérébrale, signification thérapeutique et clinique. — L'attention des neurologistes a été, en ces dernières années, très attirée par l'emploi d'agents physiques nouveaux s'adressant à des cas de leur domaine ayant résisté à leurs procédés ordinaires et ayant été améliorés ou guéris par ces nouveautés thérapeutiques. J'ai pu moi-même, en nos *Congrès*, montrer la puissante action sédative, analgésique, des rayons X, des rayons ultra-violets, du radium, contre la douleur, qu'elle soit névralgique ou cancéreuse. D'autres ont préconisé les rayons X contre l'épilepsie (Voir l'*Année Électrique* de 1900 à 1904). Mais pour puissant et souvent efficaces que soient ces agents, il n'est pas inutile de rappeler pour le praticien que des moyens plus simples, encore de nature électrique, sont à sa portée. C'est ainsi que je disais à Bordeaux, à notre congrès de 1895, à propos du traitement de la neurasthénie et des moyens cérébraux, de nature électrique, que l'on peut employer contre elle :

La franklinisation est trop connue pour que je la décrive ici. Reste l'application des courants continus. On discute encore sur la valeur thérapeutique de leurs sens, ascendant ou centripète, descendant ou centrifuge, et de leurs pôles : certains auteurs attribuent au *courant descendant*, c'est-à-dire celui dont le pôle négatif est placé plus bas que le positif par rapport au cerveau, une action sédative, calmante, atrophique, que d'autres auteurs accordent tout simplement au *pôle positif*, le négatif étant alors placé en pôle perdu, c'est-à-dire n'importe où. Le *courant ascendant*, où le pôle négatif est le plus près du cerveau, aurait, au contraire, une action hypertrophique, excitante, irritante, dont certains électrothérapeutes localisent l'action au pôle *négatif*. Ces deux théories sont vérifiées par les faits, et je les mets d'accord de la façon suivante :

S'agit-il de calmer certaines excitations cérébrales que ne calme pas assez vite la franklinisation, j'applique au maximum de la sensation morbide, ou dans son voisinage le plus immédiat, le pôle positif de mon courant continu, et je place plus bas, à la nu-

que, par exemple, le pôle négatif. Je déplace fréquemment celui-ci de façon à éviter l'escarre que peut produire, on le sait, avec facilité ce pôle, mais je déplace l'électrode en la faisant glisser sur la peau, et maintenant toujours avec celle-ci un contact parfait, de façon à éviter ainsi les secousses que provoquent toujours la fermeture et l'ouverture du courant.

Si le patient accuse des douleurs médullaires, j'appliquerai de même *in loco dolenti* le pôle positif, et plus bas, le pôle négatif, toujours avec les mêmes précautions.

Si, au contraire, il faut exciter un sujet inerte, dont la torpeur et l'incapacité de tout travail sont absolues, j'applique sur la région du front le pôle négatif, le promenant avec lenteur et sans le soulever pour éviter les phosphènes ; le pôle positif est alors à la nuque.

Si certaines fonctions médullaires sont annihilées, le pôle négatif sera placé le plus près possible des points d'émergence des nerfs commandant la fonction supprimée et le pôle positif sera placé plus bas.

J'emploie 5 à 10 milliampères, quotidiennement ou tous les deux jours, de 10 à 15 minutes par séance. On peut encore agir par un pédiluve électrique et une électrode sur la nuque ou le front selon les cas ; cette action générale est très efficace.

J'ajouterai, malgré les faits de laboratoire que je vais indiquer bientôt, que sur ce terrain de l'efficacité et de l'innocuité de la galvanisation cérébrale employée contre la neurasthénie, voire contre les affections mentales, je me rencontre avec le Dr Kovalewsky, professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Karkoff, qui, dès 1891 s'y étendait longuement dans son *Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses*. J'y suis revenu en : « *Comment on se défend de la folie* » en 1900, d'après le même auteur : « Les courants continus sur la tête doivent être faibles et progressifs ; la galvanisation longitudinale produit moins le vertige que la transversale, l'oblique est intermédiaire. La sédation, le calme sont la règle dans les cas d'excitation émotive du crâne et des nerfs crâniens dans les céphalalgies, les migraines, les prosopalgies provenant d'anémie, L'action est vasomotrice et directe. La galvanisation cérébrale agit salutairement dans la chorée, la paralysie agitante, l'hystérie et l'épilepsie,

contre la céphalalgie hystérique notamment, cas où la franklinisation est meilleure. La galvanisation cérébrale est très utile dans les névroses et les psychoses, telles que la neurasthénie (Hugues Althaus), la période prémonitoire de la paralysie progressive (Arndt, Hitzig et Schüle), la lipémanie, la manie (Schüle, Tiggas, Von Heyden, Wigleswort et autres). L'hypocondrie avec excitation a souvent cédé. Dans les cas de foyers hémorrhagiques, pour résorber l'épanchement et dès la première période, on a de très bons résultats (R. Remak, Onimus, Benedikt, Erb, Althaus); on applique alors sur le crâne de larges électrodes, de façon à comprendre le foyer supposé. Pour M. Pitres, l'électrisation par courants continus, un pôle sur le front, l'autre sur un point quelconque du ventre ou des cuisses, offre une incontestable efficacité dans l'hystérie : le courant doit être interverti ; l'attaque s'arrête net, avec un fort courant au bout de deux ou trois inversions ; la malade se réveille aussitôt et reprend immédiatement connaissance. M. de Lutzenberger galvanise également la tête par des électrodes sur le front et la nuque ; la neurasthénie est aussi calmée par ce moyen (Foveau, 1895 ; Leduc, 1898).

Ces faits sont déjà anciens, et les premiers publiés par Kovalewsky le sont depuis 1891, j'insiste sur ce point, les spécialistes étant trop souvent accusés d'être systématiques.

***

Voici maintenant des faits de laboratoire quelque peu en discordance et que je me fais un devoir de donner pour mieux éclairer la question.

Par des recherches expérimentales sur l'électrisation crânienne et cérébrale, MM. François Franck et Mendelssohn ont établi en 1900, en une communication à l'Académie de Médecine, que le cerveau est accessible au courant électrique (galvanique) appliqué sur la voûte crânienne. Ceci résulte aussi bien des expériences directes que de toute une série de phénomènes observés pendant le passage du courant à travers le cerveau (vertiges, nausées, vomissements, troubles sensoriels, obnubilation de la pensée). Les branches du courant qui pénètrent dans le cerveau peuvent présenter une intensité suffisante pour irriter d'une manière effi-

cace une préparation neuro-musculaire placée sur les lignes du flux des branches dérivés (Erb).

Néanmoins, cette intensité, que l'on croit efficace au point de vue thérapeutique, n'est pas suffisante pour produire une action excitante plus ou moins limitée sur une partie quelconque de la zone motrice de l'écorce du cerveau. Sa galvanisation céphalique ne produit donc pas de phénomènes moteurs d'origine corticale, quand il s'agit de courants continus faibles et sans intermittences.

Les faits physiologiques ne plaident pas en faveur d'une action irritante directe de la galvanisation crânienne sur la substance du cerveau. Ce n'est pas non plus par voie réflexe que l'action du courant galvanique appliqué sur le crâne s'exerce sur l'encéphale. Les effets physiologiques de la galvanisation cérébrale doivent être attribués à l'action du courant sur les vaso-moteurs du cerveau. C'est en modifiant le calibre des vaisseaux et la vitesse du courant sanguin que la galvanisation céphalique modifie la circulation intra-crânienne et produit par cette voie une série de phénomènes qui dépendent de l'augmentation ou de la diminution de l'afflux sanguin.

De toutes les actions réelles ou hypothétiques (excitante, électrolytique, électro-endosmotique, catalytique, etc.), que l'on attribue à la galvanisation cérébrale et dont on croit pouvoir tirer parti dans un but thérapeutique, la seule qui soit basée sur des faits est l'action de l'électrisation céphalique sur la circulation du cerveau. Ce n'est que par ce mode d'action du courant que l'on pourrait expliquer certains effets thérapeutiques que l'on croit pouvoir obtenir au moyen de la galvanisation cérébrale directe.

A vrai dire, les effets thérapeutiques de la galvanisation cérébrale sont très discutables, sinon nuls. Par contre, cette méthode présente de nombreux inconvénients et même un danger réel. On ne saurait ni diriger le courant exactement vers l'endroit malade, ni limiter son action à la partie lésée sans toucher aux parties saines ; on ignore également l'intensité exacte nécessaire pour produire un effet thérapeutique donné. Tout ceci enlève tout caractère de précision à la galvanisation crânienne comme méthode électro-thérapeutique et rend son application non seulement incertaine, mais dangereuse. Vu l'insuffisance de ses indications thérapeutiques et les inconvénients de son application, la

galvanisation cérébrale doit être abandonnée dans le traitement de toutes les affections organiques du cerveau et dans toutes les névroses fonctionnelles où l'excitabilité du cerveau est atteinte. Elle est absolument contre-indiquée dans l'épilepsie. Son champ d'action peut se borner tout au plus au traitement de certaines névroses où il serait utile de produire un effet de suggestion, celle-ci étant particulièrement favorisée par l'application du courant sur la tête. » Ces résultats de laboratoire sont formellement contredits par la clinique ; comme en gynécologie, où les intensités faibles, d'abord préconisées, sont revenues en honneur (Foveau de Courmelles, *Congrès de Gynécologie*, Bordeaux, 1895), nous croyons que les auteurs ont employé des intensités trop fortes.

L'électrisation du cerveau mis à nu dans un but d'exploration diagnostique ne présente aucune utilité pratique, tout en présentant un certain danger au point de vue des convulsions épileptiformes qui peuvent se produire à la suite de l'action excitante du courant, ceci étant vrai surtout des courants galvaniques interrompus et tout particulièrement des courants faradiques. L'électrisation directe du cerveau dans un but de recherches présente les mêmes inconvénients et n'est pas justifiée par l'importance des résultats obtenus. Quel que soit, du reste, le but poursuivi — explorations séméiologiques, ou recherches physiologiques — l'électrisation directe du cerveau doit être considérée comme un procédé inutile, dangereux, et ne doit jamais être appliquée. » Le Laboratoire et la Clinique ne sont donc là nullement d'accord, — sauf pour les courants faradiques au galvaniquesane à interruptions, ainsi que nous le verrons, avec l'anesthésie générale que ceux-ci produisent comme souvent d'ailleurs, et cela n'a rien pour nous étonner, étant donnée leur fréquente discordance et les conditions différentes de milieu, d'état morbide où agit la thérapeutique et d'état sain où agit la physiologie.

Citons, pour prouver encore la variabilité de ces expériences, des essais de M. Collins sur le cerveau humain agissant comme cohéreur[1] et qui expliquent peut-être la télépathie? Le Dr Édouard

(1) *Electrical Review* de 1902 : M. Frederick Collins ayant remarqué que quelques personnes très nerveuses sont affectées pendant les orages, et, même enfermées dans des pièces obscures, perçoivent l'éclair au moment précis de sa production (Foveau de Courmelles, 1898), il se procura un cerveau neuf d'un animal provenant d'un abattoir,

Branly, l'inventeur du tube à limaille, du *radio-conducteur*, base de la télégraphie sans fil, a lui-même assimilé les cellules nerveuses, *contiguës*, à prolongements amiboïdes, à de la limaille s'orientant sous l'influence des émotions, des chocs mentaux... et pouvant donner aussi, par perturbation des phénomènes d'hystérie, d'épilepsie..., voire de myélite chronique et aiguë (Bouchut, Zodd, Hine, von Leyden, Peter, L. Cheinisse...)

Mais les lésions de l'appareil auditif et leur réaction sur le vertige voltaïque étaient signalées par M. Babinski, à la *Société de biologie*, le 26 janvier 1901. Cet auteur constate qu'en appliquant les électrodes d'un appareil voltaïque sur les apophyses mastoïdes d'un sujet, celui-ci éprouve, à la fermeture du courant, du vertige, une inclinaison latérale du côté du pôle positif, c'est le vertige, voltaïque. Cette inclinaison est plus nette chez l'individu jeune, et apparaît avec de très faibles courants. Les lésions de l'appareil auditif modifient considérablement ce vertige voltaïque. Chez deux malades atteints de surdité bilatérale complète, l'un tabétique avec lésion des nerfs acoustiques, l'autre avec double sclérose labyrinthique, il faut employer chez le premier des courants intenses pour provoquer un mouvement, et l'inclinaison n'est plus latérale ; elle se fait en arrière ; dans le deuxième cas pas d'inclinaison. Quand la lésion de l'oreille est unilatérale, l'inclinaison a lieu non pas au pôle positif, mais du côté de la lésion où elle y prédomine, elle est plus ou moins prononcée, mais non en rapport avec l'intensité de la lésion ; si la lésion prédomine d'un côté, l'inclinaison ne se fait pas exclusivement de ce côté. Ce vertige

et, en le reliant comme un cohéreur avec des électrodes situées à une distance de 1 millimètre l'une de l'autre, et en intercalant un téléphone, il put très bien distinguer des bruits lorqu'une décharge disruptive électrique eut lieu avec une bobine d'induction placée tout à côté. Il répéta ces expériences avec un chat vivant, qui fut endormi avec de l'éther ; deux pointes d'aiguilles furent insérées dans le cerveau, et on obtint les mêmes résultats. Puis il se procura un cerveau humain tout frais, et dans ce cas aussi les résultats furent également bons. On trouva que la résistance électrique était de près de 5,000 ohms, et pendant l'essai on éprouva le besoin de mesurer cette résistance de nouveau. Il fut assez curieux de remarquer qu'il était impossible d'équilibrer les bras du pont Wheastone, et il paraît qu'il n'y eut qu'une divergence de plusieurs milliers d'ohms. Subitement on entendit un grand coup de tonnerre, et l'auteur dit que, pendant une période de vingt minutes, l'aiguille du galvanomètre oscilla en avant et en arrière entre les deux points d'arrêt. Alors il plaça un téléphone dans le circuit de l'appareil d'épreuve, et immédiatement il entendit trois sons, tout à fait comme le bruit de métal chaud qui tombe dans l'eau. On trouva après qu'une maison, à une distance de quelques centaines de mètres, avait été frappée de la foudre en trois fois.

est, pour quelques auteurs, lié à l'excitation électrique du labyrinthe ; suivant d'autres, à l'excitation directe des centres nerveux; les observations de M. Babinski plaident en faveur de la première hypothèse. Cette expérimentation peut aussi déceler des lésions musculaires méconnues jusqu'alors.

Le vertige voltaïque présente des mouvements d'inclinaison de la tête et du tronc, résultant de l'excitation électrique de l'oreille. Chez l'homme, la région qui semble le plus excitable est celle qui se trouve au-devant du tragus, à sa partie supérieure ; c'est là « le point d'élection ». En appliquant les deux électrodes, une de chaque côté, sur ce point, on obtient généralement à l'état normal une inclinaison de la tête avec un courant de très faible intensité. En outre, on constate parfois un mouvement de rotation qui a son importance. Pour le faire apparaître, il suffit d'abaisser verticalement l'électrode négative (l'électrode positive restant au point d'élection), et de la placer à la partie inférieure du tragus, au-devant du lobule de l'oreille. On voit alors la tête exécuter une rotation du côté opposé au pôle négatif, qui commence au moment de la fermeture du courant, mais qui contrairement à ce qui a lieu quand on excite un muscle avec le courant électrique, continue après la fermeture et s'opère lentement, en donnant à l'observateur l'impression d'un mouvement volontaire. Le pôle négatif semble jouer dans le mouvement de rotation le rôle essentiel, car, à l'état normal, si la situation des pôles est inversée, le négatif se trouvant d'un côté au point d'élection et le positif de l'autre côté au-devant du lobule, il ne se produit pas de rotation et la tête exécute un mouvement d'inclinaison. Pourtant, le pôle positif ne semble pas passif et il n'est pas indifférent de le placer en tel ou tel point pour obtenir la rotation ; si, par exemple, les deux pôles sont appliqués un de chaque côté au-devant du lobule, la rotation est faible ou nulle.

L'hypertension du liquide céphalo-rachidien augmente la résistance au vertige voltaïque ; la soustraction d'une certaine quantité de ce liquide la diminue, même s'il n'existait pas précédemment de l'hypertension. Ces faits permettent de se demander si la ponction rachidienne ne pourrait pas exercer une influence favorable sur certains troubles auriculaires (bourdonnements, surdité). Deux observations (sclérose, labyrinthique et hémorragie de l'oreille

gauche avec lésion du tympan consécutive à une chute) ont permis de voir que les troubles auriculaires et la résistance au vertige voltaïque suivaient une marche parallèle. Quand les premiers étaient très marqués, le vertige ne se produisait qu'avec des intensités de courant relativement élevées ; après la ponction et à mesure que l'amélioration fonctionnelle se produisait, une faible intensité suffisait pour amener le vertige voltaïque. Un malade mélancolique, électrisé à la tête de facon à produire le vertige voltaïque, eut l'impression d'être sur un bateau ballotté par les flots dans un orage, puis se calma. A la suite, ces troubles mentaux étaient guéris. Est-ce coïncidence ou effet électrique ?

Dans la plupart des cas de lésion unilatérale de l'appareil auditif, la lésion occupe le tympan, la caisse, le labyrinthe, le nerf acoustique à son origine, le vertige voltaïque n'a plus la forme normale, l'inclinaison de la tête au lieu de s'effectuer du côté pôle positif, a lieu exclusivement du côté de la lésion ou bien prédomine de ce côté. Cette inclinaison latérale peut être plus ou moins prononcée, mais son intensité ne donne aucunement la mesure de l'intensité de la lésion. Elle peut être très marquée dans les cas où la lésion est superficielle et peu marquée dans certains cas de lésions profondes. Dans les lésions auriculaires bilatérales, ou bien il n'y a pas de mouvement, ou bien il y a mouvement en arrière, ou bien il y a inclinaison latérale de la tête presque toujours beaucoup plus accentuée du côté de l'oreille la plus lésée. Enfin dans certaines lésions unilatérales, catarrhe tubaire, sclérose de l'oreille moyenne, etc., on peut constater après une insufflation d'air au moyen de la poire de Politzer que le courant appliqué comme auparavant aux tempes ne fait plus tourner la tête du côté de la lésion, mais que ce mouvement se dirige du côté du pôle positif comme chez les individus à oreilles normales. Le peu de gravité de la lésion optique ou labyrinthique s'accuse par le facile changement de côté de la rotation céphalique. Certains états congestifs ou la dégénérescence scléreuse de l'oreille augmentent ou diminuent la conductibilité électrique (L. Delherm). La résistance au vertige voltaïque, en cas d'hypertension de néoplasme crânien, est aussi pour M. Babinski un élément de diagnostic et, par des ponctions rachidiennes, on a vu cesser des vertiges, des bourdon-

nements d'oreille, des surdités dues à des hémorragies cérébrales et révélées par l'examen électrique.

***

Dans un ordre d'idées voisin, j'ai signalé *l'inversion de la réaction céphalo-galvanique et de la diffusion des courants électriques chez les neurasthéniques* (*Académie de médecine de Paris*, le 20 juillet 1902) : « J'ai communiqué en 1895, au Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française à Bordeaux, l'action bienfaisante de la galvanisation céphalique par un pôle sur le front et un autre pôle à la nuque et complétant merveilleusement la franklinisation dans le traitement de la neurasthénie. Selon les symptômes de dépression ou d'excitation, le pôle positif est sur la nuque et le pôle négatif sur le front ou vice versa. La perception habituelle du courant est plus sensible au pôle négatif; ici, en un très grand nombre de cas, j'ai remarqué l'inverse, chez maints déprimés où l'électrode négative étant au front, c'était cependant la positive placée à la nuque que percevaient davantage les patients. Cependant, il n'y a pas d'analogie à établir avec la réaction de dégénérescence, d'abord parce qu'il ne s'agit pas d'un seul muscle ou nerf, mais d'une masse complexe : cuir chevelu, os, cerveau, muscles, moelle... et d'autre part, à l'ouverture et à la fermeture du circuit, les réactions, les phosphènes notamment, sont bien dus au pôle négatif. En outre, je ferai remarquer, malgré que les glandes salivaires soient bien en dehors du trajet rectiligne du courant, les patients ont très nettement une sensation métallique buccale qui implique la diffusion du courant. Ces anomalies chez les neurasthéniques sont à ajouter aux phénomènes d'albuminurie et de glycosurie passagère que j'ai autrefois signalés à l'Académie (3 août 1896) ».

— Depuis (*Académie de médecine de Belgique*, 29 novembre 1902), j'ai noté la résistance électrique des tissus plus grande dans les cas d'hémiplégie fruste, rappelant ainsi les faits de patients se réveillant avec des fourmillements ou de la parésie et de l'immobilisation relative des membres d'un côté du corps et qui disparaissent après 2 ou 3 jours, les réactions musculaires volontaires reviennent, mais la faradisation exige pour être perçue et simple-

ment sentie, des courants très intenses; pour la contraction, les courants doivent être encore amplifiés. Deux ou trois ans après, certains de ces malades se réveillent avec une véritable hémiplégie; ils étaient depuis longtemps très variqueux des membres et vraisemblablement du cerveau. Les augmentations de la résistance des tissus doivent donc appeler l'attention des médecins et leur faire utiliser avec prudence la galvanisation cérébrale.

Une conséquence importante en thérapeutique, voire en thérapeutique chirurgicale, est l'*Anesthésie générale* qui dérive de la galvanisation cérébrale et des notions exposées plus haut. Je l'ai vue employer avec succès sur le lapin et le chien au *Congrès d'Électrologie* de Berne de 1902. Le courant employé est un courant de 15 à 30 volts, interrompu de 150 à 200 fois par seconde, avec période d'oscillation plus longue que celle d'interruption; intensité de 5 à 1... milliampères. M. Leduc s'était assuré, par des expériences sur le chien et le lapin, qu'on pouvait, en donnant un tel courant graduellement, sans danger, sans modification marquée des mouvements de la respiration et du cœur, faire passer un animal de l'état de veille dans un état d'inhibition analogue au sommeil chloroformique. Avec le concours de MM. A. Malherbe et A. Rousseau, dont l'un servit de sujet, il a transporté l'expérience sur l'homme dans les conditions et avec les résultats suivants : Une pièce de coton hydrophile, imprégnée de Na Cl à 1 p. 100 recouverte d'étain souple, fait le tour de la tête; une large anode est fixée sur les reins; l'interrupteur en marche, la force électromotrice est introduite progressivement dans le circuit jusqu'à 35 volts. Le courant intermittent donne comme intensité maximum 5 milliampères à l'ampèremètre apériodique. La sensation produite par l'excitation des nerfs superficiels, tout en étant désagréable, est facilement supportable. Il se produit d'abord de légères contractions des muscles du cou, du visage et de l'avant-bras ; la face est rouge ; on sent un fourmillement dans les doigts, puis aux mains, aux pieds; la faculté du langage s'éteint, puis l'inhibition des centres moteurs devient complète; les sensibilités générale et spéciale s'émoussent; le sujet ne peut plus communiquer avec les expérimentateurs. Le pouls reste inaltéré, la respiration semble un peu gênée. En deux séances consécutives, le sujet resta environ vingt minutes sous l'influence

du courant ; il n'en ressentit aucun mauvais effet. Le retour des fonctions cérébrales fut instantané, et il éprouva à la suite une sensation de bien-être et de vigueur physiques. Mais si le courant est irrégulier, on a une sorte de coma et des signes épileptiques. On a même pu réaliser ainsi une sorte d'épilepsie artificielle.

***

En résumé, dans le domaine de la galvanisation cérébrale, la physiologie et la clinique étant en parfait désaccord, l'expérience sur l'homme malade a seule quelque importance. Or, et de nombreux observateurs sont là pour l'affirmer, la galvanisation cérébrale, bien maniée, excite ou déprime à volonté, ce qui implique son emploi dans les formes dépressives ou excitables des maladies mentales et nerveuses. Elle constitue donc un agent thérapeutique des plus importants et des plus simples.

Au point de vue diagnostique, le vertige voltaïque est très important.

Enfin, l'anesthésie générale, cet adjuvant si nécessaire de la thérapeutique chirurgicale, est possible par la galvanisation cérébro-médullaire.

M. BOURDON, professeur de philosophie à l'Université de Rennes.

L'Influence de la force centrifuge sur la perception de la verticale. — Je me suis servi, pour étudier l'influence de la force centrifuge sur la perception de la verticale, d'une table rotative analogue à celle qui a été décrite par le physiologiste allemand Aubert. Sur l'une des extrémités de la table était fixé un siège. Devant ce siège était placé, à une hauteur qu'on pouvait faire varier, un plateau sur lequel je fixais au fur et à mesure des expériences les divers instruments servant à mesurer l'erreur commise relativement à la direction de la verticale. J'ai fait les expériences sur moi-même. Un aide faisait tourner l'appareil. La vitesse de rotation était inscrite électriquement sur un cylindre

enregistreur ; elle était d'un tour en 3 à 4 secondes. J'inscrivais de la même manière le moment où je terminais mon expérience en pressant sur un bouton placé à portée de ma main sur l'appareil. J'étais assis à $0^{m}60$ de l'axe de la table rotative et de manière à avoir cet axe à ma gauche. L'équilibre parfait de l'appareil était assuré au moyen de contrepoids placés sur l'extrémité de la table opposée à celle sur laquelle était fixé le siège[1].

J'ai fait les 6 séries d'expériences suivantes :

1° Essayer, pendant la rotation, de placer verticale avec les mains, les yeux bandés, une baguette (verticale tactile). Ma tête, dans cette série d'expériences, n'était pas immobilisée ;

2° Même expérience, ma tête étant immobilisée et droite ;

3° Même expérience, ma tête étant immobilisée et inclinée vers la gauche de 10° (angle égal environ à celui que formait avec la verticale, pour les vitesses de rotation considérées, la résultante de la force centrifuge et de la pesanteur) ;

4° Essayer de placer verticale, les yeux bandés, la tête elle-même. Je tenais ici entre les dents une planchette pourvue d'une tige terminée par une pointe qui se déplaçait devant une graduation et m'indiquait l'inclinaison de ma tête ;

5° Essayer de placer verticale, dans l'obscurité, une ligne lumineuse (verticale visuelle) ;

6° Déterminer la torsion des yeux. Je projetais, pendant la rotation, une image consécutive de la même ligne lumineuse, obtenue avant la rotation, sur la ligne elle-même, et je mesurais l'angle formé par la ligne et l'image.

J'ai obtenu les résultats qui suivent : La colonne *Résultante* indique quelle était l'inclinaison réelle du fil à plomb pendant les deux derniers tours ayant précédé le signal par lequel j'indiquais la fin de ma détermination. Les colonnes 1, 2, 3, etc., correspondent aux séries d'expériences ci-dessus décrites ; les chiffres rapportés dans ces colonnes sont des moyennes d'un nombre variable de déterminations ; les nombres réels des déterminations qui ont servi à établir ces moyennes sont placés entre parenthèse à côté des chiffres des moyennes.

(1) Pour une description détaillée des instruments employés et des expériences, voir *Année psychologique*, 1906.

RÉSULTANTE	1	2	3	4	5	6
8°1	»	»	»	»	»	1°7 (1)
8°6	»	»	»	»	6° (8)	2°7 (3)
9°3	6°7 (4)	6°9 (1)	»	6°9 (1)	6°4 (22)	2°2 (6)
9°5	7°4 (2)	9°4 (1)	»	7°9 (3)	6°7 (17)	2°7 (16)
10°3	8°4 (9)	9°5 (8)	7°8 (4)	8°4 (11)	7° (4)	2°5 (10)
10°6	9° (24)	7°9 (13)	7°7 (3)	8°3 (15)	»	2°8 (8)
11°2	9°1 (11)	9°2 (23)	8°3 (11)	8°3 (17)	»	2°8 (5)
11°8	»	9°1 (1)	7°1 (2)	6°4 (2)	»	2°5 (1)

Laissons provisoirement de côté la série **6** (torsion des yeux). Nous remarquons que l'inclinaison de la résultante est, sans aucune exception, supérieure à celle de la verticale apparente. Ce résultat s'explique probablement par le fait que, lorsque je me sens incliné latéralement de 10° environ, je sous-estime mon inclinaison. Si mon corps, étant immobile, est incliné réellement de 10° dans le même sens, je constate, en effet, de même, en essayant alors de placer verticalement ma tête, que je l'incline un peu du même côté que le corps.

Lorsqu'il s'agit de placer verticalement la baguette (séries **1**, **2**, **3**), il est possible qu'à la cause d'erreur qui précède s'en ajoute une seconde, tenant à ce que je n'apprécie pas exactement la position qu'il convient de donner à mes doigts par rapport à la baguette et à mon corps pour tenir verticalement la baguette.

On constate, par l'examen du tableau ci-dessous, que les résultats sont essentiellement les mêmes pour les 4 premières séries. L'inclinaison de la baguette, cependant, a été un peu moindre, en moyenne, lorsque la tête était inclinée de 10° (série **3**) que lorsqu'elle était droite (séries **1** et **2**). On sait, en effet, que, lorsque nous inclinons la tête, notre perception de la verticalité d'une baguette que nous tenons entre les mains est erronée (Delage).

L'inclinaison de la verticale visuelle apparente (série **5**) est régulierement un peu moindre que celle de la verticale tactile. Ce fait prouve l'intervention ici d'un nouveau facteur. Ce facteur, c'est vraisemblablement la torsion des yeux.

La torsion des yeux (série **6**) *est de beaucoup inférieure à l'inclinaison soit de la verticale visuelle ou tactile, soit de la tête. Ce fait prouve avec évidence que l'illusion qui se produit relative-*

ment à la verticale quand nous tournons en cercle ne tient pas, comme on l'a affirmé (Brener et Kreidl), *ou du moins ne tient que pour une très faible part, aux mouvements de torsion des yeux qui se produisent alors.*

L'ensemble des résultats que j'ai obtenus s'accorde entièrement avec l'hypothèse que, lorsque nous tournons en cercle, nous prenons pour la verticale la direction de la résultante de la pesanteur et de la force centrifuge. Le fait que les chiffres trouvés dans les séries d'expériences **1**, **2**, **3**, **4**, **5** diffèrent un peu de ceux de la résultante, n'infirme nullement cette conclusion ; il la confirme, au contraire, attendu que si, au lieu d'être incliné de 10° en apparence sous l'influence d'une rotation, je le suis réellement, en étant immobile, j'obtiens les mêmes résultats que ceux qui ont été rapportés ci-dessus.

Une conclusion pratique à tirer des expériences qui précèdent, c'est qu'on peut renoncer à se servir de la méthode des rotations pour l'étude de la perception de la verticale chez les sourds et pour celle du rôle de l'oreille interne dans cette perception. On n'arrivera guère, en effet, à d'autres résultats par cette méthode, difficile et compliquée, qu'à ceux qu'on obtiendrait en plaçant singulièrement les malades sur un plan incliné immobile. Sur un seul point peut-être, et encore le fait demanderait-il à être vérifié expérimentalement, on constatera une différence entre les sourds et les sujets normaux : peut-être les torsions des yeux font-elles défaut chez certains sourds lorsqu'on les soumet à des rotations ; mais si l'on constate qu'elles font défaut chez certains, lorsqu'on les fait tourner, on constatera sans doute qu'elles font également défaut chez eux lorsqu'on les maintient immobiles, mais en même temps inclinés latéralement.

M. le Dr DARCANNE (de Fougères).

Pathogénie de l'Othématome. — Lorsque plusieurs aliénistes de l'école italienne vinrent affirmer l'origine microbienne de l'othématome, nous entreprîmes, sous l'inspiration du docteur Séglas, notre maître, d'examiner le sang d'othématome récemment

produit. Avec toutes les précautions aseptiques ordinaires, nous prélevâmes du sang d'othématomes chez des paralytiques généraux (cinq cas) et nous ensemençâmes sur bouillon, sur gélatine, sur agar-agar. En *aucun cas il ne fut obtenu* de culture. Et cependant, dans trois cas, l'othématome s'était produit depuis moins de 24 heures. Nous conclûmes que l'othématome n'était pas d'origine microbienne.

Depuis ce temps, et pendant les années 1903, 1904 (hospice de Bicêtre); 1905 (hospice de Bégard), nous examinâmes avec soin la production et la fréquence des othématomes chez les paralytiques généraux et chez d'autres aliénés.

Nous arrivâmes à cette conclusion que l'othématome était, dans la plupart des cas, d'origine traumatique pour les raisons suivantes : les othématomes, si fréquents dans les asiles d'aliénés hommes, sont beaucoup plus rares dans les asiles d'aliénées femmes. Cela tiendrait, pour nous, à ce que les infirmiers sont brutaux, tandis que les infirmières frappent rarement les malades.

Nous avons pu observer, dans un hospice de fous, que les othématomes cessaient d'apparaître, dans une salle où ils étaient toujours très fréquents, quand l'infirmier était changé de salle; ils réapparaissaient avec la rentrée dudit infirmier. L'infirmier qui faisait le remplacement était d'humeur très douce, jamais on n'observa d'othématome pendant son service.

A l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), que dirige le docteur Le Cuziat, les folles sont surveillées par des religieuses, nous n'avons pas rencontré d'othématomes chez les malades de cet asile ; nous avons interrogé notre confrère le docteur Le Cuziat, il nous a dit n'en avoir jamais observé. Il a ajouté que cette lésion lui semblait aussi d'origine traumatique et que, d'ailleurs, dans la médecine maritime, les brimeurs menacent souvent les mousses d'une lésion en tout semblable à l'othématome. Ils appellent cela : décoller l'oreille.

En résumé, l'othématome de la paralysie générale est d'origine traumatique, dans la plupart des cas. Il va sans dire que les lésions des nerfs des vaisseaux favorisent singulièrement l'apparition du symptôme chez les paralytiques généraux.

M le Dr SABRAZÈS (de Bordeaux) considère en effet que l'origine de l'othématome est généralement traumatique ; il en a

pratiqué des coupes à maintes reprises et il a vu qu'il s'agit histologiquement de formations très analogues aux kystes séreux.

M. le Dr CASTEX, de Rennes.

Un cas de paralysie spinale aiguë de l'adulte à forme monoplégique. — La paralysie spinale aiguë de l'adulte à forme monoplégigue est rare ; la statistique de Müller (1880) en indique trois cas sur un total de 46, soit une proportion d'environ 6 %. Voici l'observation d'un semblable cas.

Homme bonne santé habituelle; rien d'important à signaler dans ses antécédents personnels et dans sa famille. En septembre 1903, un lundi, il se sent avoir froid. Le mardi, prodromes peu intenses : courbature, inappétence. Le mercredi, il se réveille avec le membre inférieur gauche entièrement paralysé; le membre inférieur droit n'a aucune diminution de force. Dès la fin de la semaine, le malade marche avec des béquilles. Toutes les sensibilités sont conservées; presque aucun phénomène douloureux (un peu d'engourdissement); pas de troubles sphinctériens.

Lorsque je vois pour la première fois le malade, quelques mois après, je trouve : paralysie flasque du membre atteint, avec motilité entièrement abolie pour certains groupes musculaires, et extrêmement faible pour d'autres ; atrophie musculaire très marquée. Réflexes tendineux abolis. Réaction de dégénérescence complète de tous les groupes musculaires atrophiés. Toutes les sensibilités sont intactes. Ce qu'il y a de particulier chez lui, outre la rareté de la forme de la paralysie, c'est qu'aucun muscle n'a été épargné ou tout au moins peu atteint.

M. le Dr CASTEX, de Rennes.

Recherches sur le temps perdu du Réflexe rotulien. — J'ai commencé, avec la collaboration du Dr Ch. Lefeuvre,

des recherches sur le réflexe rotulien, au point de vue : 1° Relation entre le temps perdu et l'intensité de l'excitation ; 2° Relation entre la force de la contraction et l'intensité de l'excitation. C'est sur la première question seulement que portera notre communication.

Technique. — Le sujet assis sur une chaise repose les pieds sur le sol, de telle sorte que chaque jambe soit fléchie à 90° sur la cuisse. La contraction des quadriceps est enregistrée avec un myographe ; après de nombreux essais d'appareils connus ou inédits, nous avons adopté une sorte de pince myographique, qui, tout en étant très sensible, n'est pas influencée par le déplacement en totalité plus ou moins marqué, que subit le membre au moment du choc. Le myographe est relié à un tambour très sensible inscrivant sur un cylindre de Marey mis à la grande vitesse ; comme pour les fortes secousses la partie supérieure de la secousse ne s'inscrit pas, dans certaines expériences, nous l'avons relié en même temps à un tambour peu sensible permettant alors de comparer les intensités de la contraction.

Comme percuteur, nous nous servons de mon réflexomètre, avec contact électrique, donnant, par le signal de Desprez, l'instant précis du choc et même sa durée.

Résultats. — Nos mesures portent jusqu'à présent, sur des déments précoces qui, par leur exagération des réflexes et leur impassibilité, sont d'excellents sujets. Nous avons aussi, pour récolter des documents, mesuré un syringomyélique et un jeune homme atteint de paralysie spastique avec exagération des réflexes tendineux et amyotrophie du membre inférieur gauche.

Nous avons, dans tous les cas, observé que le temps perdu du réflexe rotulien varie presque du *simple* au *double* en sens inverse de l'intensité d'excitation, cette intensité dépendant elle-même de deux facteurs, d'abord de la force du choc de percussion, ensuite du tonus musculaire.

Il en résulte que sur un sujet qui présente un parfait relâchement du quadriceps, un tonus constant, la force de secousses augmente régulièrement avec l'intensité du choc ; le temps perdu diminue, depuis le seuil jusqu'à la contraction la plus intense ; au contraire, chez un sujet qui présente des variations de tonicité

(par exemple l'attention se portant sur son membre examiné), un même choc détermine des secousses de force variable; mais alors le temps perdu varie en sens inverse de l'intensité des secousses.

Chez les déments précoces examinés, le temps perdu pour le seuil a été en moyenne de 0″,07.

M. le Dr CASTEX, de Rennes.

Le Réflexe patellaire est indépendant de la surface du percuteur. — Des considérations pratiques et théoriques m'ont engagé à chercher s'il existait une relation entre la surface du percuteur et l'intensité du réflexe rotulien. La méthode de recherche a été très simple : sur une série de sujets j'ai cherché le seuil du réflexe avec mon réflexomètre, en faisant varier la surface de percussion de $0^{cm^2}1$ à 1^{cm^2}. Le seuil a toujours gardé exactement la même valeur, dans tous les cas. Je conclus donc que la surface du percuteur n'a pas d'influence sur l'intensité du réflexe rotulien, du moins lorsque cette surface est assez petite pour ne frapper que le tendon.

Ce résultat indique qu'en pratique il n'y a pas lieu de se préoccuper de la surface d'un percuteur.

Il présente aussi un intérêt théorique. On a abandonné la théorie de l'excitation *directe* par le choc des organes sensibles des tendons, et on admet généralement que c'est l'allongement brusque du muscle, provoqué par *le déplacement* du tendon, qui excite les filets sensitifs musculaires. Le résultat que j'ai obtenu concorde parfaitement avec cette dernière théorie : puisque le choc n'agit qu'en déplaçant le tendon, il importe peu que le percuteur porte sur toute la largeur du tendon ou sur une portion seulement.

Mais il n'est pas un argument contre la théorie ancienne, parce que nous ne connaissons pas au juste la répartition des organes sensitifs dans les tendons, et surtout que nous ignorons les lois de leur excitation.

M. le Dr Giraud, président :

MESSIEURS,

Je remercie M. le Dr Castex de sa très intéressante communication. Je profite de cette circonstance pour remercier en même temps M. le Dr Castex du concours si aimable et si gracieux apporté par lui à l'organisation du Congrès. Nous lui devons d'avoir organisé les projections et d'avoir installé les microscopes mis fort aimablement à notre disposition par M. le Dr Perrin de la Touche, directeur de l'École de médecine.

Je suis certain d'être votre interprète en adressant ces remerciements à MM. Perrin de la Touche et Castex.

M. le Dr BOURNEVILLE, Médecin de Bicêtre.

Traitement médico-pédagogique des Idioties les plus graves. — Chargé l'an dernier par le Conseil supérieur de l'Assistance publique d'un *Rapport sur la fixation du nombre des médecins dans les asiles publics d'aliénés*, nous avons cru devoir, pour formuler des conclusions sérieuses, consulter les intéressés, c'est-à-dire nos collègues des asiles. Au lieu de borner notre Questionnaire au sujet à examiner, nous l'avons *étendu* à quelques autres questions, notamment : 1° à la situation du personnel secondaire des asiles publics et privés (1) ; 2° à la *statistique des enfants idiots et épileptiques internés dans les asiles* et au traitement auquel ils étaient soumis, documents utilisés à la *Commission ministérielle des anormaux du Ministère de l'Instruction publique*.

Tous nos collègues ont bien voulu répondre à nos questions. Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte par cette communication, pour les en remercier publiquement.

Ce dernier groupe de renseignements montre qu'il y avait, à la fin de 1903, 1206 enfants ou adolescents de 2 à 18 ans dans les asiles de province ; — que leur nombre est très restreint dans la

(1) Nombre, salaires, instruction professionnelle, pensions de retraite, etc. Nous avons utilisé ces documents dans un *Rapport* à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, *sur les modifications à introduire dans les écoles départementales d'infirmières et d'infirmiers de la Seine.*

plupart des établissements ; — qu'il est relativement important dans quelques autres : Armentières, 186 ; Blois, 24.

Un enseignement sérieux n'existe qu'à Saint-Yon, La Roche-sur-Yon, Clermont de l'Oise, Sainte-Gemmes, près Angers. L'organisation d'un établissement spécial, d'un asile-école, est en cours à Auxerre. Des projets, quelques-uns tout à fait arrêtés, existent pour les asiles de Bron (Rhône), Dury-lès-Amiens, Lafond près la Rochelle, Nantes.

Le département de la Seine hospitalise, traite et éduque à des degrés divers plus d'un millier d'enfants (Bicêtre 440) ; — colonie de Vaucluse (250), pour les *garçons* ; — la Salpêtrière (145) et la Fondation Vallée (240) pour les *filles*.

Depuis plus d'un siècle, les médecins se sont de plus en plus intéressés à ces malades : Itard, Belhomme, Esquirol, Ferrus, Falret père, Seguin, Félix Voisin, Delasiauve, etc., ont mis hors de doute la possibilité de les améliorer et organisé pour eux des écoles, avec plus ou moins de difficultés.

Depuis bientôt trente ans, des efforts de plus en plus considérables ont été faits en faveur de ces malheureux déshérités : création de la colonie de Vaucluse, de l'asile-école de Bicêtre, de la fondation Vallée — pour ne parler que du département de la Seine.

En qualité de rapporteur, en 1889, du projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés, nous avons fait inscrire l'obligation, pour les départements, de la création d'asiles ou de sections départementales ou interdépartementales pour les enfants idiots de toutes catégories, les paralytiques et les épileptiques. Cet article a été adopté par toutes les commissions, et reproduit, depuis, par les rapporteurs de ce projet.

Marchant dans la voie indiquée par nos éminents prédécesseurs, nous avons fait campagne pour l'assistance, le traitement, l'éducation des enfants idiots de tous les degrés, depuis l'*idiot complet*, être végétatif, jusqu'aux enfants simplement *arriérés*, confinant à l'enfant normal moyen. Pour *les plus malades*, nous avons réclamé des *asiles-écoles* ; pour *les moins malades*, qui peuvent et doivent rester dans leur famille, des *classes* ou des *écoles spéciales* ou, si l'on préfère, des *classes* ou *écoles d'enseignement spécial*.

Afin de prouver que la réforme dont nous nous faisions le champion n'était pas une utopie, nous nous sommes efforcé de montrer que les idiots complets, les idiots profonds, étaient améliorables et que, à plus forte raison, les imbéciles et les arriérés étaient perfectibles et pouvaient être rendus utiles à la société. De là les visites de notre service, le samedi à Bicêtre ; de là des thèses, des publications dans la presse et des communications nombreuses aux congrès et, en particulier, au Congrès des aliénistes et neurologistes. A l'appui, nous avons apporté des faits de plus en plus nombreux, et nous avons convaincu beaucoup de nos collègues, qui ont obtenu des réalisations ; d'autres sont demeurés sceptiques ou ont conservé des préjugés dommageables aux enfants. C'est pourquoi nous nous sommes décidé à faire ici une nouvelle communication reposant sur une plus grande quantité de faits.

Nous n'entrerons pas dans les détails au sujet de notre *méthode de traitement médico-pédagogique,* des procédés qui la composent, nous ne parlerons que des *résultats.*

Ce préambule était nécessaire. Arrivons maintenant aux *faits.* Sur chaque malade une courte *notice* le montrant tel qu'il était à l'entrée et tel qu'il est aujourd'hui. A l'appui : 1° des *photographies* prises de 2 ans en 2 ans ; — 2° des *cahiers scolaires mensuels* enregistrant les progrès. *Photographies* et *cahiers* ne nous paraissent devoir laisser subsister aucun doute, même dans les esprits les plus prévenus, sur la possibilité d'améliorer sérieusement la catégorie d'enfants anormaux qui nous occupe.

Obs. I. — Baudie... (Louis). Entré le 23 juillet 1892, à l'âge de 4 ans. Il était atteint d'*idiotie*; la marche était très défectueuse, la parole et l'attention nulles. Il était triste, avait l'air malheureux, ce qui lui valait de la part de ses camarades le nom de « *petite misère* ».

1893. — La marche devient normale; l'attention s'éveille et la gaité s'observe.

1894. — La *parole*, nulle à l'entrée, semble naitre. Quelques mots, papa, maman, pain et soupe, sont articulés nettement. — La *marche* est assez bonne pour lui permettre de suivre les autres enfants à la promenade. Il commence aussi à s'approprier.

1895. — Les progrès à la classe sont notables : B... commence à nouer, lacer et boutonner. Il connaît les différentes parties de son corps et de ses vêtements, et exécute à la gymnastique des échelles de corde les trois premiers mouvements.

1896. — Passe à l'écriture, fait des barres et des 0 sur l'ardoise, compte jusqu'à 10. Le caractère s'éveille, il devient gai et joueur.

1897. — L'enfant, tout à fait propre, est mis en pantalon.

1898. — Le vocabulaire augmente, l'enfant construit quelques petites phrases. Il s'éveille de plus en plus et s'occupe aux travaux du ménage.

1900. — Actuellement B... est âgé de 11 ans et demi. A *son entrée* (23 juillet 1892), l'enfant ne marchait pas, la parole était nulle, le gâtisme complet. L'attention était si difficile à fixer que rien de ce qui se passait autour de lui ne l'intéressait. Il ne souriait jamais, restait immobile dans un coin.

Actuellement, le petit malade mange seul, marche et court librement. Il exécute bien les trois premiers mouvements de la gymnastique des échelles. La parole s'est sensiblement développée, mais en conservant une prononciation défectueuse. Il est tout à fait propre, s'habille seul, lave lui-même ses mains et son visage. Son caractère est gai. B... est prévenant, actif, et il s'occupe continuellement. Il connaît un grand nombre d'objets qui l'entourent ; il commence sur le cahier à tracer des 0 et des barres.

Actuellement, l'amélioration continue. B... connaît le nom des personnes qui sont avec lui, les reconnaît même quand elles quittent le service et qu'elles y reviennent.

1902. — Progrès concernant la toilette, l'habillement et la compréhension. Il devient courageux, s'occupe, est prévenant et donne l'éveil quand un enfant s'est blessé ou tombe. Les progrès en écriture et en lecture sont lents. La parole reste toujours défectueuse au point de vue de la prononciation, mais aujourd'hui il dit tout et sait interroger; il est parfois un peu grossier (1).

1903. — Un peu d'entêtement s'observe chez l'enfant. Il a été taquin et a refusé plusieurs fois de travailler. Il ne peut même plus écrire et la lecture reste limitée aux lettres *a*, *e*, *i*, *o*, *u*.

1904. — L'état de l'enfant est resté stationnaire et l'enfant ne veut plus absolument écrire. Il tient son crayon dans la main, sourit, comme s'il disait : « Je n'écrirai pas », et tient la main raide quand on veut le faire écrire.

1905. — S'est montré plus indocile, plus capricieux; les progrès en lecture et en écriture ont été peu sensibles. Il aurait tendance à être violent, plus taquin, surtout quand on le gronde, mais il reste aussi prévenant, s'occupe à faire les commissions, à travailler au réfectoire et à balayer.

(1) Remarque : ce fait n'est pas rare. Des enfants, dont la parole est limitée à quelques mots, prononcent parfois sans difficulté, nettement, des *mots grossiers*. Cela tient, croyons-nous, à ce que leur attention, quelque fugace qu'elle soit, a été appelée par l'énergie mise à les prononcer par les domestiques, les gens de la rue, les charretiers, etc., et aux reproches que leur vaut la prononciation par eux-mêmes de ces mots.



Fig. 1. — Jul., à 4 ans (1902).



Fig. 2. — Jul., à 6 ans (1904).



Fig. 3. — Jul., à 7 ans (1905)

Obs. II. — Hour... (Charles), 5 ans, à l'entrée le 6 juin 1899. Alors, il était atteint d'*idiotie complète* avec *épilepsie* et gâtisme. La parole était nulle ; l'enfant était turbulent et méchant.

1900. — Aucune modification notable dans l'état de l'enfant.

1901. — Légère amélioration. A l'entrée, était gâteux et sujet à de fréquents vertiges, ce qui lui rendait presque impossible la marche, et le faisait tomber à tout instant. Il était dans une situation telle qu'on ne croyait pas obtenir de résultats. — A la suite des exercices de gymnastique, de toilette, et de parole, l'enfant s'est amélioré. Il a débuté par une prononciation défectueuse accompagnée d'écholalie prononcée, puis peu à peu l'écholalie tend à disparaître et l'enfant commence à répondre plus exactement quand on lui parle. Il devient gai, chante et commence à s'approprier en ce qui concerne le gâtisme.

1902. — L'enfant parle, fait des phrases, il rapporte même sur les autres enfants, et bien qu'il ait lui-même un langage un peu ordurier, il se trouve blessé quand un autre enfant prononce un mot grossier. Il dit tous les mots, chante bien et juste. Il est devenu propre, va seul sur le siège et a été fier d'être mis en pantalon. Quelques progrès sont à noter concernant la toilette, la gymnastique, les exercices d'habillement (nouer, lacer, boutonner) et sur les couleurs. Les accès sont moins fréquents,

L'amélioration continue, tant au point de vue de la parole que des exercices classiques. La tenue est meilleure encore, et les exercices de gymnastique sont exécutés avec beaucoup d'attention. Il se lave mieux et se tient plus propre.

1904. — Il continue de s'améliorer, il parle très bien, tient bien une conversation et, malgré sa grande turbulence, il suit avec assez d'idée les exercices de la classe. Sait se laver seul, s'habille un peu mieux, mais a gardé ses habitudes de malpropreté.

1905. — Les progrès sont sensibles. Il parle, raconte et interroge. Il n'est plus gâteux. Il s'occupe mieux à la classe, sait dire son nom et celui des personnes qui sont avec lui. Il nomme les objets usuels et les différentes parties de son corps et de ses vêtements, ainsi que le nombre et le nom de ses mains. Il reste malgré cela turbulent et voleur de friandises.

Obs. III. — Jul... (Albert), 4 ans. — *A l'entrée,* le 18 août 1902, il était atteint d'*idiotie* avec *gâtisme* et mutisme. Il était incapable de procéder à aucun soin de toilette (*Fig.* 1).

1903. — La compréhension semble se développer. Il prononce quelques mots, comme *papa, popo, pipi,* etc. Il reste toujours gâteux, bien qu'il aille cependant seul au siège, chose qu'on ne pouvait obtenir à l'entrée.

1904. — En 1902, il était obstiné, et, à chacun des exercices qu'on lui faisait faire, se cachait le visage avec les mains, puis, si on le forçait un peu vivement, il se relevait et frappait l'enfant qui se trouvait à côté de lui. *A présent,* l'enfant, exercé aux projections, est devenu plus

causant et répond mieux quand on lui demande quelque chose. *Il n'est plus gâteux*, se tient propre et sait comment il faut s'y prendre pour se laver. Les progrès sont satisfaisants à la gymnastique ainsi qu'à l'école (*Fig.* 2).

1905. — L'amélioration devient notable ; l'enfant n'est plus gâteux depuis un an. La parole, limitée à quelques mots seulement, est aujourd'hui existante ; l'enfant répond de mieux en mieux, quand on lui parle. Il s'intéresse à tout ce qui se fait autour de lui, est devenu plus attentif aux projections, à l'école et à la gymnastique. Sa tenue est devenue meilleure ; l'enfant commence à se vêtir et à se débarbouiller seul (*Fig.* 3).

Obs. IV. — Maz... (Henri). Entré le 2 décembre 1887, à l'âge de 3 ans 1/2. *Idiotie complète* avec *microcéphalie* TRÈS PRONONCÉE. La parole, la marche, la préhension, la propreté, l'attention, étaient nulles. Il se tenait continuellement affaissé, ne pouvait même pas tenir sa tête pour prendre la nourriture et à chaque repas il fallait le tenir couché sur le bras, puis lui introduire les aliments dans la bouche en les laissant glisser lentement de la cuiller. Il ne pouvait manger que des bouillies (*Fig.* 4).

1888. — L'enfant n'a subi presque aucun changement (*Fig.* 5).

1889. — La *parole* semble vouloir venir, et il prononce : « Oh ! papa, maman, du pain, ça y est ; nous voilà » ; et il joue avec les autres enfants. Il grossit et ses jambes prennent de la force.

1890. — Le vocabulaire a augmenté ; l'enfant prononce presque tous les mots, sait son nom et celui des personnes qui le soignent. Il commence à pouvoir se tenir à table et à saisir la cuiller ; il peut même manger du pain et de la viande. *Il n'est plus gâteux*, ni le jour, ni la nuit. Il cherche à se déshabiller seul, et y arrive. Ses jambes se sont fortifiées et aujourd'hui il *marche*. (*Fig.* 6).

1891. — Est envoyé à la petite école le matin seulement. Connaît généralement les objets usuels qu'il voit chaque jour, mais ne sait pas distinguer les couleurs. Gymnastique nulle. A la fin de l'année l'enfant commence à nouer, à lacer et à boutonner ; il peut placer les lettres, les chiffres et les couleurs sur le tableau, et sans se tromper. Il fait à la gymnastique les deux premiers mouvements (assis, debout) et commence à sauter.

1892. — Est devenu bavard, gai, un peu turbulent même ; il est propre et soigneux, serait plutôt coquet ; s'habille, cire ses souliers et se nettoie seul. Les progrès scolaires sont stationnaires.

1893. — Les progrès sont satisfaisants. Il commence à reproduire quelques lettres sur l'ardoise et connaît toutes les lettres de l'alphabet, ainsi que quelques surfaces, telles que l'ovale, le cercle et le carré.

1894. — L'enfant est capable de soutenir une conversation avec quelqu'un. Il entend bien la plaisanterie, mais réfléchit avant d'agir ;



Fig. 4. — Maz., à 2 ans et demi (1887).



Fig. 5. — Maz., à 3 ans et demi (1888).



Fig. 6. — Maz., à 5 ans (1890).



Fig. 7. — Maz., à 14 ans (1899).



Fig. 8. — Maz., à 15 ans (1900).



Fig. 9. — Maz., à 19 ans (1904).



Fig. 10. — Maz., à 19 ans (1904).

c'est-à-dire que si on lui commande quelque chose, et qu'il s'aperçoive que c'est une plaisanterie, après réflexion, il se met à rire et dit : « Oh ! non, tu veux me tromper ! »

1895. — Compte jusqu'à 100, connaît tout le contenu des boîtes aux *leçons de choses* (légumes frais ou secs, graisses, sucre, sel, etc., etc.), toutes les couleurs et les surfaces, et fait très bien tous les mouvements à la gymnastique.

1896. — Commence à syllaber, à mieux écrire, est envoyé à la grande gymnastique.

1897. — Le caractère s'améliore ; le travail à la classe est bon ; l'enfant est envoyé 1/2 heure à l'atelier de *couture.*

1898. — L'enfant est dans un état satisfaisant, au point de vue de la tenue, du raisonnement et de l'intelligence.

1899. — État stationnaire (*Fig.* 7).

1900. — Devient timide, et n'arrive pas à l'école à pouvoir lire. Tous les autres exercices sont bien faits (*Fig.* 8).

1901. — Ralentissement au point de vue des exercices classiques en raison d'une *conjonctivite granuleuse*, compliquée de *kératite*, qui l'empêche même de se guider.

1902. — État stationnaire toujours pour le même motif.

1903. — La vue reste mauvaise, ce qui l'empêche de pouvoir écrire convenablement, et de travailler à l'atelier. Il s'occupe d'une autre manière en faisant les commissions, en allant à la cuisine et en frottant son pavillon ; il est nommé par les autres enfants le « *premier frotteur* ».

1904. — L'enfant s'améliore toujours, en ce qui concerne la compréhension, le caractère et la conduite ; malgré son âge, il est toujours très facile à manier. Mais, maintenant, il ne faut plus lui parler de l'école, et, en dépit de tous les essais, il a été impossible de lui apprendre à lire couramment, entravé non seulement par une faiblesse de l'audition, ce qui l'ennuie quand il ne peut pas bien comprendre ce qui se dit autour de lui, mais encore par son affection chronique des yeux. Il s'est occupé plus sérieusement et avec plus de goût aux travaux du ménage. La conduite est bonne et il se plaît à rendre service aux employés (*Fig. 9 et 10*).

1905. — La vue reste toujours assez défectueuse. Après avoir présenté un arrêt de développement physique (nanisme relatif) pour lequel il a été soumis à la glande thyroïde, sa taille est devenue normale. Il est habile à tous les travaux du ménage et à la gymnastique. Maz... *travaille* de nouveau, depuis six mois, à la *couture*, ses yeux allant mieux. Il est caporal à la grande gymnastique, participe aux chants qui accompagnent les exercices, fait les commissions dans la maison, continue à frotter le pavillon où il couche.

Obs. V. — Charm... (Victor) est entré le 27 juin 1892, âgé de 2 ans et demi. — *A son arrivée*, il gâtait nuit et jour ; la parole et la marche

étaient nulles. Ne mangeant pas seul, restant toute la journée dans un état somnolent, cet enfant semblait n'être doué que de la vie végétative. Peu à peu, lentement, les ténèbres qui enveloppaient son intelligence se sont dissipées, et enfin nous sommes arrivés *à ce résultat inespéré* de la lecture courante. En voyant la physionomie, encore si minable, de notre malade, on peut se rendre compte des difficultés que nous avons rencontrees. Malgré la difformité de ses *mains idiotes*, Charm. est parvenu à former une écriture assez lisible cette année (1901), ce que nous n'avions pu obtenir jusqu'à présent.

Il est vrai que, grâce au traitement persévérant des *douches en pluie* sur ses mains malades et toujours gonflées [1], elles ne se sont pas ulcérées comme les années précédentes ; ses doigts se sont allongés et lui ont permis de tenir la plume.

Il fait l'addition et la soustraction sans retenues, mais n'en comprend pas encore l'application. La parole est très améliorée, l'articulation est nette. il fait des phrases assez correctes, emploie à propos verbes et pronoms, mais ne converse pas volontiers. Ce n'est qu'au prix d'un effort qu'il répond aux questions qui lui sont posées. Il a de la mémoire et retient les leçons orales.

1902. — Ch... lit et comprend ce qu'il écrit, reproduit de mémoire, sur son cahier, un certain nombre de mots connus de lui, tels que les jours de la semaine, les mois de l'année, etc...

1903. — Les progrès scolaires continuent ; il distingue le masculin du féminin, le singulier du pluriel, fait l'addition avec retenues et la soustraction simple, assiste avec plaisir aux leçons de choses.

1904. — La parole est presque normale : il lui arrive très souvent de causer avec les infirmières et raconte ce qu'il voit, principalement les méfaits de ses camarades. La manie de collectionner les chiffons et les papiers existe encore.

1905. — Les progrès sont très lents, mais continus.

Obs. VI. — Cott... (Henri), âgé de 17 ans à son entrée le 18 mars 1897. — *Idiotie complète* : gâteux, marchant avec difficulté, bredouillant d'une façon inintelligible, restant presque toute la journée plongé dans une sorte de demi-sommeil, indifférent à tout ce qui l'entourait : parole, jeux ; nous ne parvenions pas à secouer sa torpeur. Une sorte de bave sanguinolente s'échappait presque continuellement des commissures des lèvres. Les mucosités du nez coulaient sans qu'il songeât à les essuyer. — Les sentiments affectifs ne semblaient pas exister ; l'enfant voyait ses parents au parloir, les quittait sans que rien ne trahît le plus petit élan. — Nous avons avec lui, dans notre service, son frère aîné, également très dépourvu ; on n'aurait jamais soupçonné leur lien de parenté, tellement ils étaient indifférents l'un à l'autre.

(1) C'est là une des nombreuses applications de l'hydrothérapie que nous avons faites, dans notre service de Bicêtre, depuis 20 ans, et à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine.



Fig. 11. — Charm., à 2 ans (1892).

Fig. 12. — Charm., à 3 ans et demi (1895).



Fig. 13. — Charm., à 6 ans (1396).



Fig. 14. — Charm., à 13 ans et demi (1903).



Fig. 15. — Charm., à 15 ans et demi (1905).

Peu à peu, *avec une extrême lenteur,* nous avons vu l'engourdissement qui enveloppait notre malade se dissiper ; la vie végétative a fait place à un peu d'animation. Il a commencé à s'habiller, à parler, à s'attacher à nous, à son frère. Devenu moins maladroit de ses mains, il nous a rendu quelques services dans les dortoirs ; mais il restait encore absolument réfractaire à tous les exercices scolaires ; la somnolence le reprenait dès qu'il était en face d'un livre ou d'un cahier.

Ce n'est guère qu'en 1901 qu'il a commencé à prendre goût, d'abord aux leçons orales, puis à l'écriture et au calcul et surtout à la lecture des mots imprimés. En 1902, il lit presque couramment, copie ce qu'il lit et écrit même de mémoire un certain nombre de mots imprimés. Il établit bien la relation entre le chiffre et la quantité, sait écrire les nombres jusqu'à 100, commence à se familiariser avec la monnaie. Il fait l'addition et la soustraction. Il tient conversation; sa parole a encore quelques défectuosités. Il joue et se montre assez docile.

1903. — Cot... est arrivé à la lecture courante.

1904. — Il continue à progresser lentement ; il aime à rendre des services ménagers. Sa *parole* s'est beaucoup améliorée.

1905. — Cot... évolue avec lenteur, mais sans arrêt ; l'amélioration est longue à obtenir, mais ce qu'il sait, il ne l'oublie pas ; il a gagné pour l'orthographe et commence à avoir quelques notions de calcul et à compter un peu mentalement.

Obs. VII. — Dessert... (Gabriel), né à Argenteuil le 5 septembre 1885, entré le 21 mai 1894.

Imbécillité avec myopie, très prononcées. Parole et marche singulières, gâte quelquefois le jour, *toujours* la nuit. Physionomie tout à fait ingrate, notions classiques presque nulles, ne connaît que ses lettres et un peu les chiffres ; c'est ainsi qu'il confond le 6 avec le 10. Pendant le courant de l'année 1894, il a appris à lacer, nouer, boutonner, connaît toutes les couleurs et même le nom de quelques étoffes ainsi que les chiffres. Caractère un peu batailleur et criard, mais docile.

1895. — Dessert... a réalisé quelques progrès pour la classe ; il commence à lire, mais l'écriture est à peine lisible.

1896. — Notre élève lit couramment, il fait l'addition avec retenues, il éprouve une grande difficulté pour tout ce qui est calcul. L'écriture semble s'être améliorée, mais est toujours défectueuse.

1897. — Cet enfant continue à apporter beaucoup de bonne volonté; ses progrès sont sensibles en orthographe; il fait avec intelligence de petits devoirs de grammaire, verbes et analyses.

1898. — Notre élève est arrivé à faire assez bien les 2 premières opérations, l'écriture s'améliore de plus en plus ; il assiste avec plaisir aux *leçons orales* et en profite.

1899. — Progrès lents mais continus. Son esprit, fermé jusqu'alors pour le calcul, semble s'ouvrir : il fait la multiplication. Plusieurs fois il a été surpris se livrant à des attouchements.

1900 et 1901. — Cet élève a assez bien travaillé pendant ces deux années ; d'un naturel calme et studieux, il s'applique à tous les devoirs. Il a gagné pour l'orthographe et l'écriture, très peu pour le calcul. Il aime à rendre service et oblige volontiers ses camarades.

1902. — Les progrès continuent ; il fait maintenant l'application de l'addition ; l'esprit d'observation se forme, et en causant avec lui on est tout surpris du développement de l'intellect. — Caractère peu démonstratif.

1903. — Nous sommes satisfaits de cet élève qui apporte toujours de la bonne volonté pour tous les exercices scolaires. L'écriture, qui était illisible, est meilleure ; il fait aussi moins de fautes dans les dictées, il ébauche la rédaction, mais est toujours *réfractaire au calcul.*

1904. — Progrès peu marqués, cet enfant, *opéré d'une hernie*, ayant passé plusieurs mois à l'infirmerie.

1905. — Travailleur et obligeant, nous sommes toujours contents de lui. Il a une prédisposition naturelle pour l'orthographe ; avec beaucoup de peine, il est arrivé à faire les opérations, ne sait encore faire que l'application de l'addition et de la soustraction.

Obs. VIII. — Gœrg... (Fernand), 5 ans 1/2, à l'entrée le 7 décembre 1897. — *Imbécillité prononcée* avec colères fréquentes et obstination. Écolage nul. Manie de ronger ses vêtements. Très peu de notions usuelles.

1898. — A noter une légère amélioration, au point de vue des colères et de l'obstination.

1899. — Progrès sensibles à l'école.

1900. — 8 ans et demi : l'enfant est propre, la marche est normale. La physionomie réfléchie, froide et dure. Bien qu'il sache parler, il faut le contraindre de répondre quand on lui parle (ce qui parfois suscite une colère, l'enfant y étant sujet). Il n'affectionne personne, et il se passerait volontiers de la visite de ses parents qu'il dit ne pas aimer, surtout sa mère. Il lui arrive aussi fréquemment d'uriner au lit par taquinerie ou paresse (?). Cette habitude lui est passée (l'enfant a dû être mis en robe de gâteux pour cette raison, il n'a plus recommencé). Il ne possédait aucune notion des exercices classiques.

Aujourd'hui, il lit couramment ; l'écriture est lisible, et il peut écrire sous la dictée quelques mots usuels, faire des problèmes simples sur l'addition et la soustraction. Une amélioration notable est survenue, concernant le caractère. Il est plus affectueux, et il se réjouit à présent de voir sa famille et de passer quelques jours avec elle.

1901. — 9 ans 1/2. — Son état s'est bien amélioré : les colères sont moins fréquentes, et la manie de ronger a disparu. De notables progrès sont à signaler à la *classe*, et, *aujourd'hui*, il lit couramment en se rendant bien compte de ce qu'il lit ; écrit lisiblement, fait la dictée avec les grands, et commence à faire des problèmes sur l'addition et la soustraction. Il reproduit aussi quelques traits de dessin et y apporte

un certain goût. — En résumé, l'enfant se rapproche de plus en plus de l'état normal.

1902. — Gœrg... continue à donner de la satisfaction à l'école et à l'atelier de *couture*.

1903. — Les colères sont devenues moins fréquentes ; l'enfant est aujourd'hui raisonnable.

1904. — L'amélioration persiste au point de vue de l'écolage, du travail à l'atelier, du dessin et du solfège.

1905. — L'enfant, en raison du caractère et du travail, peut être classé aujourd'hui parmi les enfants normaux. L'obstination, les colères, très fréquentes autrefois, n'existent plus.

Obs. IX. — Lemaît... (Georges) est entré en avril 1890, à l'âge de 13 ans et demi. — A son *arrivée*, cet enfant, atteint d'*idiotie profonde*, se trouvait presque au dernier degré de l'échelle de l'idiotie, ayant tous les tics et manies des idiots : parole nulle, poussant des cris sauvages, mordant ceux qui l'entouraient, gâtant jour et nuit.

Signalé déjà dans le *Compte rendu* du service de 1899, comme très amélioré, il est enfin arrivé à lire couramment, grâce à l'emploi simultané du syllabaire et des *mots imprimés* isolément.

L'écriture ayant marché de front, il copie chaque jour la leçon de lecture et écrit de mémoire un certain nombre de mots, tels que ceux qui concernent les *couleurs*, *nombres*, *jours* de la semaine, *vêtements*, *famille*. Lemaît... éprouve une grande difficulté pour le calcul ; il commence cependant à faire seul l'addition.

La parole est encore défectueuse. Néanmoins notre malade a réalisé de sensibles progrès : il a acquis, pendant cette *année* 1900, *ch*, *g*, *v*, *z*, *ill*, *gn*, *bl* ; mais tous ces sons, bien articulés au commencement ou dans le corps des mots, sont nuls lorsqu'ils forment la syllabe finale muette. Ainsi Lemaît... qui dit très bien : blanc, bleu, tableau, dira : « ta » pour table, « por » pour porte ; de même il dira « pa » pour paille ; « vi » pour vigne, alors qu'il dit facilement « bouillon, gagne ».

1901. — Progrès satisfaisants pour la classe, il est arrivé a lire couramment ; l'écriture devient plus lisible.

1902. — Cet enfant a fait des progrès pour les exercices classiques. Il a une mémoire extraordinaire pour l'orthographe des mots qu'il a lus. Il fait l'addition, la soustraction, ébauche la multiplication. Il fait quelques exercices élémentaires de grammaire. Il devient de plus en plus maniaque. Il ne faut jamais que rien vienne intervertir l'ordre des choses établi, sinon il est furieux. Si, pour une cause ou une autre, une des infirmières change son jour de sortie, il l'invective et bougonne toute la journée à ce sujet. Dans une promenade, si l'on ne revient pas par le même chemin que l'on a pris en allant, il se met en colère et récrimine pendant le trajet. Si le jour où l'on a l'habitude de faire la leçon orale de grammaire, on fait une leçon de choses, il est

fâché, ne veut rien écouter, ne répond que des bêtises aux questions qu'on lui pose et fait en sorte de troubler l'ordre.

Ses camarades, qui s'aperçoivent de sa bizarrerie de caractère, le taquinent souvent : alors ce sont des rages, il crie, trépigne, tape à droite, à gauche, tout ce qui l'environne (meubles et gens) et ne se calme que lorsque l'on fait signe de le conduire en cellule. — A l'entrée *idiotie complète* : aujourd'hui on poserait le diagnostic : *imbécillité.*

1903. — Les progrès sont lents, mais d'un semestre à l'autre, nous en constatons toujours quelques-uns. Il a appris à connaître l'heure, la monnaie, les poids et mesures.

1904. — Rien de particulier à signaler sur Lemaît..., si ce n'est que son esprit rageur et original s'accentue de plus en plus.

1905. — Lemaît... a beaucoup gagné pour l'orthographe ; il fait beaucoup moins de fautes et comprend mieux ce qu'il lit et ce qu'il écrit. — Caractère de plus en plus rageur et original.

Obs. X. — Mill... (Emile) est entré le 10 août 1895, âgé de 9 ans. A son *arrivée,* il était atteint d'*idiotie complète*, gâtait, ne savait pas s'habiller, mangeait à pleine main ; il était d'une nature extrêmement paresseuse, somnolente et n'avait aucune notion classique En 1896, il est *rendu propre*, mange plus convenablement, commence à s'habiller. — En 1897, il a appris à lacer, nouer, boutonner, à se laver les mains seul, à reconnaître les couleurs, les principales parties de son corps, presque tout le contenu des boîtes aux *leçons de choses*. — En 1898, il reconnaît et nomme les lettres, chiffres, surfaces ; place bien les bâtonnets dans le casier, exécute bien les mouvements de la petite gymnastique. Dans le courant de 1899, il commence seulement à prendre goût à la lecture et à l'écriture, lit un certain nombre de nos mots imprimés et s'intéresse davantage à tous les exercices classiques.

En 1900, les progrès ont été très sensibles pour la lecture, l'écriture et le calcul. Cet enfant, dont l'amour-propre s'est éveillé, est heureux des progrès réalisés et travaille avec plaisir. Il lit et écrit un grand nombre de *mots imprimés* isolément ; syllabe assez facilement ; fait l'addition, la soustraction, commence la multiplication. L'écriture, très améliorée, est très lisible. Cet enfant est en bonne voie pour la lecture courante.

1901. — Mill... passe à la lecture courante. Il fait de petits exercices de grammaire, distingue le genre et le nombre, sait faire l'addition, la soustraction, la multiplication, commence à calculer mentalement, aime beaucoup à rendre service et s'en acquitte bien. Il a de l'amour-propre, est très sensible aux reproches et aux compliments.

1902. — Les progrès sont très marqués ; il a surtout gagné pour l'orthographe, fait de petites dictées, verbes et analyses. Il a beaucoup de goût pour le calcul.

1903 et 1904. — Notre malade continue à progresser pour tous les exercices scolaires.

1905. — Progrès notables, surtout en calcul, il fait maintenant la division et l'application des deux premières opérations, commence la rédaction. Il va à l'*atelier de brosserie* ; son patron est satisfait de son travail. Caractère toujours indiscipliné et impoli avec le personnel.

Obs. XI. — Rob... (Maurice), né à Gentilly, le 29 mars 1887, est entré le 26 janvier 1893, *parlant à peine, ne sachant pas s'habiller* et *n'ayant aucune notion classique : Imbécillité, hémiplégie gauche.*

1894. — Il sait s'habiller, lacer, nouer, boutonner, connaît les surfaces et les couleurs.

1895. — Les progrès sont assez sensibles. Rob... connaît ses chiffres, ses lettres, il commence à lire ; nous espérons qu'il passera d'ici peu à la lecture courante.

1896. — Rob... lit couramment, fait de petits exercices de grammaire, dictées, analyses, verbes ; il paraît toutefois réfractaire au calcul ; l'écriture laisse à désirer.

1897. — Cet élève a beaucoup progressé pour l'orthographe et la rédaction ; il fait les quatre opérations, mais ne saurait les appliquer.

1898. — Les progrès continuent ; ils sont surtout assez sensibles pour le calcul ; jusqu'à présent il éprouvait une grande difficulté pour comprendre les plus petits problèmes, aujourd'hui il a pris goût et fait l'application de l'addition et de la soustraction.

1899. — Notre élève ayant apporté un peu de nonchalance, nous n'avons pas réalisé les progrès que nous espérions. Caractère assez facile quoiqu'un peu rageur et bizarre : lorsqu'on lui adresse des reproches, il est pris d'une envie de rire qu'il a peine à contenir.

1900. — Il reprend goût à la classe ; aussi les résultats sont-ils satisfaisants ; il a de l'amour-propre et aime à rendre service ; il va à l'atelier du *tailleur.*

1901 et 1902. — Les progrès s'accentuent.

1903. — Cet élève continue à bien travailler pour tous les exercices classiques ; ses devoirs se rapprochent assez de ceux des enfants normaux ; nous espérons pouvoir le présenter l'année prochaine au certificat d'études.

1904. — Il a passé avec succès l'examen du certificat d'études et suit en ce moment les cours professionnels de l'école d'infirmiers et infirmières de Bicêtre.

1905. — Il a obtenu le diplôme d'infirmier (fin juillet) ; il a même remporté quelques prix ainsi que le livret Gallois.

Obs. XII. — Del... (Andrée), 8 ans, est entrée à la Fondation en septembre 1899, atteinte d'*imbécillité prononcée.* Elle causait bien, l'expression de sa physionomie était mobile. Del... n'avait aucune

notion pour tout ce qui concerne l'enseignement. Elle ne prêtait aucune attention à ce qui lui était enseigné ; le jeu lui tenait lieu de toute autre occupation.

Nous constatons, aujourd'hui (1900), de réels progrès, sous le rapport classique. Elle *lit* presque couramment ; son *écriture* est très lisible et bien formée ; elle connaît les deux premières opérations de l'arithmétique. Elle s'exprime très facilement, elle raisonne bien, prend un air futé et malin quand elle tient conversation. Le *caractere* s'améliore aussi ; elle n'est pas méchante ; aime à rendre service ; elle est très empressée quand on lui donne un emploi quelconque. Elle a beaucoup de dispositions pour la *couture* ; l'enfant, quoique bien petite et bien jeune, coud admirablement bien pour son âge. Elle travaille aux robes, aux tabliers ; elle cherche toujours à dépasser ses compagnes ; il est à remarquer que cette enfant ne savait même pas tenir une aiguille à son entrée. Elle suit la *gymnastique* des grandes avec facilité et exécute bien tous les mouvements.

1905. – Sa lecture est maintenant très courante ; elle y donne une bonne intonation. Elle suit une dictée du cours moyen, rédige une rédaction, connaît les 4 opérations de l'arithmétique ; la classe ne rentrerait pas tout à fait dans ses aptitudes ; cependant elle y met de la bonne volonté. Andrée a beaucoup d'amour-propre et ne voudrait pas être trop en retard sur ses compagnes. Comme caractère, elle ne laisse rien à désirer ; elle tient bien compte des observations qui lui sont faites, elle est obéissante, polie avec le personnel, bonne avec ses compagnes. C'est, en un mot, une enfant calme et tranquille, franche, ouverte et affectueuse à la fois. Elle a beaucoup de dispositions pour les soins du ménage et les ouvrages manuels. Andrée est très propre et très soigneuse dans tout ce qu'elle fait. Elle est habile à la *couture*, c'est une des meilleures ouvrières de l'ouvroir. Elle *repasse* avec goût et *lave*.

La *gymnastique* ne le cède en rien aux ouvrages manuels ; elle exécute les mouvements avec une facilité étonnante. Elle est la première en gymnastique. Cette enfant, atteinte d'*imbécillité prononcée* à son entrée, rentre également aujourd'hui dans la catégorie des *simples arriérées*.

Obs. XIII. — Gauch... (Germaine), est entrée en décembre 1892, âgée de 2 ans 1/2, atteinte d'*idiotie* et d'*épilepsie*. *A son arrivée*, elle ne marchait pas, ne parlait pas, gâtait nuit et jour. Aujourd'hui (1899), elle parle et sait soutenir une conversation comme les enfants de son âge. Elle a appris à marcher seule, la marche est bonne, elle court, saute à la corde, monte et descend facilement les escaliers. Elle exécute même très bien tous les mouvements de la gymnastique des échelles et des ressorts. En classe, elle lit presque couramment, fait de petites copies assez lisibles, reconnaît les différentes parties de son corps et de ses vêtements et sait les désigner par leur nom ; elle

reconnaît tout ce qui est contenu dans les boîtes aux *leçons de choses*, commence à faire de petites additions orales. Sa tenue est bonne, l'enfant s'habille et se déshabille seule.

1900. — Parole, marche nulles au début ; gâtisme complet; cette enfant avance très rapidement en toutes choses, mais surtout au point de vue classique. Elle écrit lisiblement, ses lettres sont bien formées, elle suit une dictée du cours élémentaire. Elle connaît les trois premières opérations de l'arithmétique, lit couramment et donne à sa lecture une bonne intonation.

Son *caractère* a subi la même transformation : cette enfant raisonne bien, se rend compte de tout et paraît avoir un certain jugement. On prend plaisir à entendre ses conversations, elle aime bien qu'on l'écoute et qu'on s'occupe d'elle. Elle est, du reste, caressante, affectueuse, polie et prévenante envers le personnel. Elle possède même une certaine délicatesse de sentiment, ce qui se voit assez rarement chez nos enfants.

Elle a fait des progrès en *couture*, elle tient bien son aiguille, fait des ourlets. Elle suit la grande *gymnastique* et y apporte une attention soutenue. Le sentiment d'émulation est très développé chez elle.

1905 (15 ans). — Nous faisons d'abord remarquer que cette enfant atteinte d'*épilepsie* a été traitée aux *capsules de bromure de camphre* pendant plusieurs années. Depuis 1900, elle n'a eu ni vertiges, ni accès. En outre, cette enfant a eu de la *conjonctivite* et de la *blépharite*. pendant plusieurs années, ce qui l'a retardée au point de vue de la classe.

Malgré cet état maladif, l'enfant s'est énormément développée, soit au point de vue physique, soit au point de vue intellectuel. Sa lecture est aujourd'hui très bonne, elle connaît les 4 opérations de l'arithmétique, suit une dictée du cours moyen, s'intéresse beaucoup aux leçons de choses, fait des devoirs variés de grammaire et de géographie, son écriture est lisible, mais peu régulière.

Comme caractère l'enfant ne laisse rien à désirer, elle est toujours polie et convenable, s'entend bien avec toutes ses compagnes, s'attache beaucoup aux plus jeunes et les nettoie comme le ferait une grande personne. Elle aime beaucoup les soins du ménage. En résumé, cette enfant, autrefois *idiote*, *gâteuse* et *épileptique*, rentre aujourd'hui dans la catégorie des *simples arriérées*.

XIV. Guillau... (Laure), entrée en avril 1897, était atteinte d'*imbécillité prononcée* avec *perversions instinctives*. — Elle causait, mais ne pouvait répondre exactement aux questions qui lui étaient posees. Elle était très craintive, restait inerte, sa mémoire paraissait très faible ; elle était nulle pour la classe. Très gâteuse la nuit. Tendance très prononcée pour l'onanisme. Malgré tous ces obstacles, nous constatons une amélioration très notable chez cette enfant. *Actuellement* (1901),

elle lit par syllabes, écrit très lisiblement, fait une copie, ainsi que l'addition et la soustraction.

Le caractère est totalement changé, l'enfant est devenue plus enjouée, affectueuse, parle même beaucoup, tient conversation, s'amuse aux récréations comme le ferait un enfant ordinaire. Ajoutons aussi qu'elle est devenue tout à fait *propre*, qu'elle se tient bien, se suffit à elle-même. Ses mauvaises habitudes ont complètement disparu.

1905. — Cette enfant, dont les progrès n'ont pas été signalés depuis 1901, mérite actuellement d'être de nouveau mentionnée. *Aujourd'hui* elle lit couramment, donne à sa lecture une bonne intonation, elle suit une petite dictée, fait des devoirs variés, apprend la géographie, la grammaire, quelques fables, connaît enfin les 4 opérations de l'arithmétique. Elle a donc fait des progrès notables au point de vue scolaire.

Pour ce qui concerne les soins du ménage, l'enfant a beaucoup d'aptitudes : elle balaie, lave, met la table et fait la vaisselle comme une grande personne et sans perdre un moment, pourvu qu'elle soit bien dirigée dans son travail ; elle est très attachee au personnel et aime bien rendre service.

Sa conversation est assez intéressante, elle est gaie et très ouverte, elle qui autrefois parlait à peine. Elle n'est pas maladroite pour les ouvrages manuels : couture, repassage, buanderie, elle met de la bonne volonté partout où elle travaille. Elle fait bien la gymnastique. — En résumé, nous pouvons classer aujourd'hui notre élève dans la catégorie des *simples arriérées*.

Obs. XV. — 1904. — *Imbecillité prononcée et épilepsie.* — Travail... (Georgette), 8 ans, en 1901. — A son entrée le 18 mars 1901, elle présentait un aspect chétif, sa physionomie était empreinte d'un air triste et maussade, le regard sans vivacité, le teint jaunâtre. La parole était lente, la voix faible, son caractère était maussade et acariâtre. Elle ne pouvait supporter le voisinage de ses compagnes et pleurait souvent sans motif. Elle ne fixait son attention sur aucune chose usuelle ; un seul point l'intéressait, c'était sa toilette. Elle était lente dans sa marche et dans ses mouvements. En classe, elle ne connaissait aucune lettre et paraissait insouciante de s'instruire.

Mise aussitôt en traitement, elle commençait à s'améliorer, devenait plus gaie, parlait avec moins de lenteur et s'exprimait avec facilité, répondait à ce qu'on lui demandait, commençait à s'habiller et à se déshabiller seule, s'intéressait beaucoup à la gymnastique.. Telle était l'enfant au mois de septembre 1901 (la même année de son entrée), quand une maladie lui survint, maladie qui nécessita un long séjour à l'infirmerie. Ce n'est qu'en juin 1903 que l'enfant revint en classe. A partir de cette époque elle se remit aux différents exercices, ses forces revinrent peu à peu ainsi que la gaieté. Elle prit goût à l'étude. L'enfant, qui ne connaissait pas ses lettres, est parvenue a lire couram-

ment ; elle écrit très lisiblement, fait des copies, apprend la grammaire, récite des fables et sait faire des additions et des soustractions. Elle est fière d'avoir acquis toutes ces connaissances et apporte à tout beaucoup d'attention ; les leçons de choses l'intéressent également. Ses progrès en classe sont satisfaisants.

Elle n'est plus ni triste, ni maussade ; elle est devenue gaie et vive. Elle prend part à tous les jeux de ses compagnes. Elle est affectueuse, a fait de grands progrès en gymnastique, commence à coudre, habille ses poupées, s'habille et se déshabille elle-même, procède entièrement à ses soins de toilette. La parole, autrefois lente, est maintenant très vive. Elle parle beaucoup, raisonne bien et s'exprime de même. La physionomie est éveillée et intelligente, le regard vif et futé. Le teint est rosé. *Amélioration notable* au point de vue physique et au point de vue intellectuel.

1905. — Travail... continue à se développer sous tous les rapports. Elle raisonne bien, s'exprime de mieux en mieux et sait s'attirer l'affection de tout le monde. Elle s'intéresse beaucoup à tous les exercices classiques : très orgueilleuse de son naturel, elle tâche de dépasser ses compagnes. Le sentiment d'émulation est très développé chez cette enfant. Aujourd'hui, elle suit une dictée élémentaire, fait quelques devoirs de grammaire et de géographie, débute pour la multiplication. Elle commence à *coudre* et suit avec facilité tous les exercices de la *gymnastique*. — *Amélioration notable.*

Obs. XVI. — Mani... (Alphonsine), 7 ans et 1/2, entrée en juillet 1903. *Imbécillité prononcée, avec turbulence, violences, onanisme, perversion des instincts.*

1904. — Pour toutes ces causes, elle avait été renvoyée de plusieurs écoles. La physionomie était peu expressive, le regard sournois, les yeux cernés et le visage pâle. En outre, elle présentait de nombreuses anomalies, telles que *balancements* de son corps et de sa tête de droite et de gauche. Pour satisfaire cette manie, elle s'asseyait par terre ou sur un banc, le dos appuyé contre un mur et tâchait de ne pas être vue. Parfois elle avait des moments d'*excitation nerveuse* et se livrait à des jeux désordonnés et excentriques. Elle battait et taquinait ses compagnes, touchait à tout, aimait à détruire. Aucun sentiment d'affectivité. Elle parlait peu, son vocabulaire ne s'étendait guère qu'en mensonges ou paroles grossières. Indifférente à tout, ni réprimandes, ni paroles affectueuses, rien ne la touchait. Aucun goût, ni aucune aptitude pour l'étude ; en plus, elle avait encore de l'*incontinence nocturne d'urine.*

Sous l'influence du traitement, une véritable transformation s'est opérée chez cette enfant. Elle commença à prendre du goût à l'étude ; son attention, qui paraissait nulle, s'éveilla, et elle ne tarda pas à

connaître ses lettres, puis à syllaber et parvint à lire couramment à la fin de l'année scolaire 1904.

Actuellement (1904), elle essaie de donner à sa lecture une bonne intonation. Voit-elle un livre, un papier écrit ou imprimé, vite elle s'empresse d'en faire la lecture. Lecture et écriture ont marché de pair. Elle fait de petites dictées, apprend la grammaire, récite des fables et s'intéresse beaucoup aux leçons de choses. Quant au calcul, elle a plus de difficultés. Elle ne sait faire que des additions sans retenue ; mais c'est là un petit obstacle que l'enfant surmontera sans doute, car elle y met toute sa bonne volonté ; elle est d'ailleurs très studieuse. En somme, ses progrès en classe ont été rapides.

Cette enfant, qui paraissait si indifférente, s'intéresse à tout maintenant, cherche à comprendre. Au retour de ses promenades, elle raconte ce qu'elle a vu, et ses réflexions sont celles d'un enfant de son âge. En même temps qu'elle se développait intellectuellement, ses *mauvais instincts* et ses *manies ont disparu*, elle ne dit plus de grossièretés. Son caractère, autrefois sombre et sournois, est devenu gai. Elle paraît très affectée si on lui fait une réprimande et très joyeuse si on lui fait un compliment. Elle ne bat plus ses compagnes, est très affectueuse pour elles, pour le personnel et pour ses parents. Ses désordres pathologiques ont disparu ; elle n'a plus de périodes d'excitation, plus de balancements, plus d'incontinence nocturne et plus d'onanisme.

Sa physionomie est maintenant timide et intelligente, le regard vif et doux ; le teint légèrement coloré. L'enfant est donc en très bonne voie d'*amélioration*.

1905 (juillet). — L'amélioration constatée chez cette malade en 1904 continue. Mais elle a besoin d'une surveillance continuelle, ses désordres pathologiques, décrits dans la note précédente, reprendraient vite le dessus, si on n'y prêtait attention. Elle est encore très turbulente, mais très sensible aux réprimandes et très joyeuse si on lui dit une parole d'encouragement. Les sentiments d'affectivité s'étant développés, l'enfant est devenue plus obéissante et beaucoup plus douce. Ajoutons ici que l'affection est un sentiment qu'il faut chercher à conquérir chez nos malades pour obtenir un réel développement intellectuel. Elle s'intéresse toujours en classe, suit une petite dictée ; malgré ses difficultés pour le calcul elle a appris l'addition et la soustraction. Elle commence à coudre et fait bien la gymnastique. — *Amélioration.*

Obs. XVII. — Robe... (Marcel), 5 ans. (*Fig.* 16, 17 et 18). — *Idiotie profonde, paralysie, onanisme, incontinence d'urine.* — *A son entrée* (27 janvier 1901), à l'âge de 5 ans, elle offrait un aspect maladif. La physionomie était sans expression et n'inspirait que la pitié, le regard était triste et morne, le teint pâle. La parole était défectueuse, elle



Fig. 16. — Robe..., à 5 ans (1901).



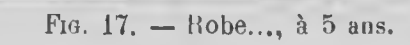

Fig. 17. — Robe..., à 5 ans.



Fig. 18. — Robe..., à 5 ans.



Fig. 19. — Robe..., à 8 ans (1903).



Fig. 20. — Robe..., à 10 ans (1905).



Fig. 21. — Robe..., à 10 ans (1905).

avait un défaut de prononciation (bégaiement), elle parlait peu, ne se servait que de mots pour désigner un objet quelconque, n'employait pas le verbe, ainsi au lieu de dire : « Donne-moi mes souliers », elle les désignait d'un geste en disant : mes couliers. Il en était ainsi pour tout ce qu'elle demandait. Vu sa paralysie, la marche était nulle, elle ne se tenait debout que sur le pied gauche tout en le maintenant assez fortement, ne pouvait rester longtemps dans cette position. Elle était triste, pleurait pendant des heures entières sans motif déterminé ; très entêtée, elle ne cédait jamais. En classe elle n'avait aucune connaissance, voire même aucune aptitude.



Fig. 22. — Robe..., à 10 ans (1905).

1903-1904. — L'enfant a fait de réels progrès au point de vue physique et intellectuel (*Fig.* 19).

La physionomie est *maintenant* éveillée, le regard expressif. Elle n'a plus de défaut de prononciation, ni de bégaiement. Elle construit des phrases et sait tenir une petite conversation ; répond directement à ce qu'on lui demande. Elle marche bien, tout en traînant sa jambe

malade, ce qui ne l'empêche pas de courir, de sauter, de monter et de descendre les escaliers. Elle aime beaucoup jouer à la corde ; elle est vive et gaie.

En classe, ce n'est que dans le courant de cette année 1904 qu'elle a commencé à fixer son attention sur ce qui lui était enseigné. Elle a appris à connaître ses lettres, à syllaber et maintenant lit presque couramment. Elle sait écrire et faire des copies, elle commence à compter. Elle se prête volontiers aux exercices de la gymnastique. Elle est propre nuit et jour et n'a plus d'onanisme. — Cette enfant qui, à son entrée, était atteinte d'*idiotie*, peut compter maintenant parmi les enfants simplement *arriérées*, par rapport à son âge naturellement.

1905. — *Nous n'ajoutons à la note de cette enfant que quelques mots.* — Elle est toujours en bonne voie d'amélioration, soit au point de vue physique, soit au point de vue intellectuel, comme l'indiquent du reste ses *photographies* et son *cahier mensuel*.

L'enfant a bon caractère ; pas un brin méchante, elle a toujours le sourire sur les lèvres ; elle est très affectueuse pour les personnes qui l'entourent. Elle est très propre, sa tenue ne laisse rien à désirer (*Fig.* 20, 21 et 22).

Elle est très attentive en classe, s'intéresse à tout; on voit qu'elle est désireuse d'apprendre. Elle lit très couramment, fait des copies, connaît l'addition et commence la soustraction. — *Amélioration notable.*

Obs. XVIII. — Wei... (Suzanne) est entrée à la Fondation en mai 1897, à l'âge de 4 ans, atteinte d'*idiotie profonde*, compliquée de *rachitisme*. Cette enfant était gâteuse nuit et jour, ne marchait pas, parlait à peine, ne pouvait s'habiller, ni se déshabiller; en un mot, elle était incapable de se donner le moindre soin.

1901. — Le caractère de l'enfant était détestable, toujours grognon, de mauvaise humeur, indifférente à tout. Rien ne faisait présager de grands résultats, lorsqu'une vraie métamorphose s'est opérée en elle. Un développement autant physique qu'intellectuel s'est produit en peu de temps. La marche et la parole ont été très rapides ; l'enfant se donne elle-même tous les soins de toilette nécessaires, se suffit à elle-même. Le caractère s'est également très amélioré ; elle est devenue gaie, joueuse, et apporte beaucoup d'activité en tout et partout (8 ans).

Pour la classe, l'enfant n'est pas avancée. Ceci provient de ce qu'elle a séjourné un certain laps de temps à l'isolement (*teigne*). Mais, à l'heure actuelle, elle est en bonne voie d'amélioration. Elle aime l'école, connaît les lettres, les chiffres et commence à écrire. Ses progrès n'ont pas été moins rapides, pour la *couture* et pour la *gymnastique*.

(1) Rappelons ici que l'enfant, signalée comme ayant des accès épileptiques, n'a jamais eu à la Fondation aucun accident nerveux.

Aujourd'hui l'enfant commence à travailler aux tabliers et suit avec facilité la grande gymnastique.

1905 (11 ans 1/2). — Cette enfant a fait des progrès très notables, surtout au point de vue classique. Elle lit couramment, commence à faire des dictées, connaît l'addition et la soustraction, s'intéresse beaucoup aux *leçons de choses* et à tout ce qui est enseigné.

Le caractère de notre élève serait peu patient, mais elle est gaie au possible, toujours très joueuse; elle met beaucoup d'entrain dans ses jeux. Elle est très agile pour courir avec ses compagnes, fait de grandes promenades sans fatigue, elle qui, à l'âge de 4 ans, ne pouvait même pas se tenir debout.

Un changement merveilleux s'est opéré chez elle sous tous les rapports. Elle s'exprime avec une grande facilité, tient bien conversation, a un bon raisonnement; elle a même des réparties spirituelles, relativement à son âge.

Elle s'entend bien dans les soins du ménage, ainsi que pour les ouvrages manuels. Elle travaille dans tous les ateliers, mais préférerait la buanderie. Cette occupation rentre tout à fait dans son élément : l'enfant aime tout travail qui exige un certain développement de force. Elle est très leste et très agile pour la gymnastique. Cette enfant, au début *idiote*, *gâteuse* et *rachitique*, peut être classée aujourd'hui dans la catégorie des *arriérées intellectuelles*.

Nous reproduisons ici la note d'une de nos malades, Lefebv... (Marguerite), qui a été citée dans le *Compte rendu* de 1902. Ses progrès toujours croissants sous tous les rapports méritent d'être mentionnés cette année. Voici d'abord la note du *Compte rendu* de 1902.

Obs. XIX. — Lefebv... (Marguerite), 3 ans à son entrée à la Fondation en 1896, atteinte d'*idiotie* et d'*épilepsie*. Elle parlait peu, mais n'avait pas de défaut de prononciation. Elle gâtait nuit et jour, ne s'aidait en rien, restait immobile quand il s'agissait de l'habiller et de la déshabiller. Elle était presque toujours grognon, un rien la faisait pleurer, elle restait indifférente à tout. Ses accès et vertiges survenaient par séries et étaient assez nombreux. L'enfant, traitée par le *bromure de camphre,* s'est beaucoup améliorée. Elle tombe de plus en plus rarement; il en résulte un développement très sensible. Son caractère s'est beaucoup modifié, elle n'est plus susceptible et maussade comme au début. Elle est devenue gaie, joueuse, active [1]. Elle est propre nuit et jour, se donne tous les soins nécessaires.

Les progrès au point de vue scolaire n'ont pas été moins rapides; elle lit par syllabes, son écriture est lisible et bien formée. Elle fait des devoirs de grammaire, connaît l'addition, commence à coudre et suit la gymnastique avec facilité.

(1) Ce qui prouve qu'il y a bien un caractère épileptique.

1904 (11 ans). — Lefebv... continue à s'améliorer à tous les points de vue. Elle travaille bien en classe, y met beaucoup de bonne volonté, de sorte que sa lecture est très courante, son écriture lisible et méthodique. Elle apprend la grammaire, les premiers éléments de la géographie, suit les dictées du cours moyen, connaît les quatre opérations de l'arithmétique ; en somme, elle est en bonne voie d'amélioration.

Au point de vue du caractère, l'enfant est tout à fait gentillette, pas un brin méchante. D'abord elle est toujours polie, très affectueuse et très attachée au personnel ; elle est très complaisante et serviable, fait tout pour faire plaisir. Elle sait aussi se faire aimer de toutes ses compagnes, qui la réclament dans leurs diverses occupations. Elle sait mettre la paix quand il y a une dispute, de même que c'est elle qui organise les jeux. Avec un certain nombre de ses compagnes, aux heures de récréation, elle forme un petit groupe : c'est pour confectionner les effets de leurs poupées. Marguerite s'y entend très bien, c'est elle qui taille les robes, les jupons, les corsages et les fait passer tour à tour à ses compagnes : toutes sont heureuses de travailler sous sa direction.

D'après ces quelques détails, il est facile de voir que l'enfant a fait de notables progrès. En couture, elle travaille aux robes et aux tabliers. Elle repasse bien pour son âge ; la buanderie ne le cède en rien aux autres ateliers. Marguerite est à la fois bonne élève et sérieuse apprentie. Elle fait très bien la gymnastique et est très souple dans ses mouvements.

Elle n'a pas eu d'accidents épileptiques depuis juillet 1902 ; de là le développement physique et intellectuel que nous constatons. — A son entrée elle était atteinte d'*idiotie avec gâtisme* et *épilepsie* : *aujourd'hui* nous pouvons la placer au nombre des enfants atteintes simplement d'*arriération intellectuelle*.

Lefèv... (Marguerite) est entrée en juillet 1896.

De là au 31 juillet, elle a eu 1 accès et 6 vertiges.

En 1897	3 accès	15 vertiges.
En 1898	9 accès	49 vertiges.
En 1899	23 accès	96 vertiges.
En 1900	16 accès	78 vertiges.
En 1901	5 accès	15 vertiges.
En 1902	4 accès	pas de vertige.

Elle n'a eu, nous le répétons, aucun accident épileptique depuis le 1er juillet 1902, *jusqu'à ce jour*. Le *traitement* a consisté en *élixir polybromuré* (contre les accès), en *capsules de bromure de camphre* (contre les vertiges), hydrothérapie, bains, gymnastique, etc. Bien que Lef... n'eût plus d'accès ni de vertiges à partir de septembre 1902, nous avons continué l'élixir et le bromure de camphre jusqu'en juin 1903, dans le but de consolider sa guérison, de modifier, transformer son état ner-

veux. L'hydrothérapie, la gymnastique, le travail manuel continuent sans arrêt.

1905. — Notre élève continue à faire des progrès sous tous les rapports : classe, ateliers, soins du ménage, tout marche de pair. Aucun accident nerveux à signaler, *très grande amélioration* : on pourrait dire *guérison* si, en fait d'épilepsie, il ne fallait être toujours réservé.

De tous ces faits, concernant le groupe des enfants *les plus malades*, ressort la possibilité d'une amélioration très sérieuse, incontestable, même de la guérison. C'est donc à tort que des hommes, pourtant un peu au courant de la question des *anormaux*, considèrent les *idiots complets*, les *idiots profonds* comme des *incurables absolus*. M. l'inspecteur Charlot, dans son rapport au ministre de l'instruction publique à propos de la constitution de la Commission des anormaux; M. le Dr Jacquin, dans son intéressante conférence aux instituteurs et institutrices de la Gironde, formulent cette opinion que démentent nos observations. Le nombre des *inaméliorables* est extrêmement restreint. Il est très difficile de prononcer l'incurabilité d'un idiot avant d'avoir sérieusement et longtemps, 2 ou 3 ans, essayé le *traitement médico-pédagogique* (1), en d'autres termes, la mise en marche vers des réalisations. La plupart des cas qui précèdent en fournissent l'éclatante démonstration. Pour cela il faut remplir certaines conditions. D'abord des médecins convaincus, sachant inspirer confiance dans l'œuvre à accomplir, des éducateurs habiles et persévérants. Ensuite, il est indispensable de *mettre le traitement en œuvre* vers 2 ans, plus tôt même, *dès que l'on a constaté les signes d'idiotie*. « On ne dresse pas un vieux cheval, on ne dirige pas un vieil arbre, on ne palisse pas une vieille vigne », répéterons-nous. Un professeur éminent de la Faculté de médecine, consulté pour un enfant de 2 ou 3 ans, déclara qu'il ne fallait pas le placer avant 5 ou 6 ans, qu'il convenait de le laisser dans la famille, où ils sont dangereux pour leurs frères et sœurs, pour la mère si elle redevient enceinte. L'amélioration espérée n'étant pas venue, le professeur annonça l'amélioration pour 12 ans ou 13 ans. Sur quelles raisons se fondait-il ? Nous ne

(1) Sur notre méthode de traitement et d'éducation voir, entre autres, *Comptes rendus* de notre service de Bicêtre (1880-1904), notre brochure de cette année : *Les enfants anormaux au point de vue intellectuel et moral*, etc.

savons. La conséquence fut que le malade était devenu de moins en moins curable. Bien des fois, nous avons entendu des parents nous parler de ces ajournements successifs, préjudiciables, et après un changement heureux, même léger, procuré par le traitement médico-pédagogique, regretter de ne pas avoir soumis de bonne heure leur enfant à ce traitement.

L'*éducation collective* est préférable à l'éducation particulière. Les femmes sont les meilleures éducatrices. — Les institutrices et instituteurs, les infirmiers et infirmières, doivent être de premier ordre, au physique et au moral, doués d'un degré encore plus élevé, de bienveillance, de patience, d'amour des enfants que les agents de même ordre des classes ou des hôpitaux ordinaires. Le degré de l'intelligence, les aptitudes propres, doivent servir de base au groupement des malades plutôt que l'âge.

Il découle encore des faits que nous vous avons communiqués que les *idiots les plus malades étant améliorables*, il en est de même, à plus forte raison, à un plus grand degré et dans une proportion plus considérable, des *imbéciles* et des *simples arriérés*. Les résultats obtenus justifient donc les sacrifices consentis par la société. Sous quelles formes doivent-ils l'être ? Les voici, selon nous :

1° L'*assistance* et l'*éducation* DANS *les* ASILES-ÉCOLES, comme Bicêtre, la fondation Vallée, la Salpêtrière, l'Institut médico-pédagogique, etc., pour les enfants atteints d'*idiotie* au premier et au second degré, les enfants atteints d'*imbécillité intellectuelle*, d'*imbécillité morale* et d'*épilepsie*.

2° L'*éducation* et l'*assistance*, dans les CLASSES SPÉCIALES ou *Écoles d'enseignement spécial* pour les enfants atteints : 1° d'*imbécillité légère*, d'*arriération intellectuelle* ; — 2° d'*instabilité mentale et physique* (sans perversion des instincts) ; — 3° et aussi pour les *enfants idiots et imbéciles qui auront été améliorés* dans les *asiles-écoles* et successivement d'*idiots* auront été transformés en *imbéciles* ou en *arriérés*.

Nous serons récompensé de notre peine si nous sommes parvenu à dissiper les préjugés trop répandus au sujet de ces anormaux et à vous convaincre de la possibilité du relèvement physique, moral et intellectuel de ces malheureux enfants.

M. le Dr BOURNEVILLE.

Myxœdème et Mongolisme. — Nous plaçons sous vos yeux deux groupes de photographies. Le premier représente des *myxœdémateux*, le second des *mongoliens*. Notre but n'est pas de tracer une description minutieuse de ces malades, ce que nous avons déjà fait dans de nombreuses publications, mais de faire ressortir les principales différences qui les séparent. Les cas-types de myxœdème et de mongolisme ne peuvent pas être confondus par tout médecin qui en a vu des spécimens. Nous ne croyons même pas que l'erreur soit possible dans les cas frustes, dans les formes atténuées. Le parallèle que nous allons faire en nous servant de nombreuses photographies, exposées ici, vous amènera certainement à partager notre opinion.

MYXŒDÈME



Fig. 1. — Debar... (25 ans).

Nanisme très prononcé. (*Fig. 1, 3, 5 et 7*).
Tête volumineuse, brachycéphalie très marquée.
Fontanelles persistantes.
Cheveux châtains-roux, gros, raides, alopécie partielle.

MONGOLISME



Fig. 2. — Van den C... (19 ans).

Nanisme relatif. (*Fig. 2, 4, 6 et 8*).
Tête plutôt petite, arrondie.
Fontanelles fermées normalement ou avec un léger retard.
Cheveux fins, soyeux, pas d'alopécie.

MYXŒDÈME



Fig. 3.

Face large, bouffie. Physionomie inintelligente, bestiale.
Myxœdème non reconnu, en général, dès la naissance.
Pseudo-œdème des paupières non bridées. Jamais d'épicanthus.
Blépharite constante. Pas de strabisme ni de nystagmus.
Nez camus ; racine du nez déprimée. Narines larges, horizontales.
Bouche large, toujours ouverte. Lèvres assez épaisses, cyanosées, l'inférieure renversée. Dentition tardive et défectuense.

MONGOLISME



Fig. 4. — (Attitude assise).

Face petite, non bouffie. Physionomie mongolienne.
Mongolisme reconnu souvent dès la naissance : « Oh ! mais c'est un petit Chinois ! »
Pas de gonflement des paupières qui sont bridées, fendues en amande (épicanthus). Blépharite assez commune. Strabisme et nystagmus fréquents.
Nez légèrement aquilin ; racine large. Narines plutôt étroites.
Bouche plutôt petite, entr'ouverte. Lèvres un peu cyanosées, l'inférieure plutôt grosse. Dentition tardive et défectueuse.

MYXŒDÈME



Fig. 5.

Langue volumineuse, large, protruse, non hachurée.
Voûte palatine plutôt plate et large.
Menton aplati, court, fuyant. Pseudo-lipôme des joues.
Teint cireux de la face.

MONGOLISME



Fig. 6. — Oreille mongolienne.

Langue assez volumineuse, pointue, hachurée dans la très grande majorité des cas, protruse (Langue mongolienne).
Voûte palatine légèrement ogivale. Menton normal, pointu, un peu relevé.
Pas de pseudo-lipômes. Rougeur des joues, de la pointe du nez et du menton.

MYXŒDÈME



Fig. 7.

Oreilles grandes, molles, de forme ordinaire.
Aiment à entendre la musique.
Cou court, *absence de la glande thyroïde.*
Pseudo-lipomes axillaires, sus et sous-claviculaires.

MONGOLISME



Fig. 8. — Main mongolienne.

Oreilles petites, renversées en dedans, lobule petit, triangulaire, adhérent (*Oreilles mongoliennes*). Aiment la musique.
Cou régulier, glande thyroïde présente, altérations diverses.
Absence de pseudo-lipomes.

MYXŒDÈME	MONGOLISME
Obésité prononcée. Hernies inguinales ou ombilicales constantes. Thorax malformé, déviations de la colonne vertébrale. Membres supérieurs et inférieurs gros, courts, avec déformations rachitiques. Mains grosses, bouffies, froides, non cyanosées, maladroites. Doigts boudinés à un degré prononcé.	Absence d'obésité. En général, pas de hernies. Thorax régulier, pas ou peu de malformations du rachis. Membres en général réguliers. Mains plutôt petites, déformation de l'auriculaire (en varus), disproportion des doigts, parfois cyanosés (*main mongolienne*). Mains assez habiles.
Pieds gros, épais, froids. Pas de laxité des jointures. Peau assez épaisse, cireuse, eczémateuse, sèche, farineuse ; jamais de sueurs. Poussée naturelle des ongles. Sensibilité vive au froid. Inertie très grande. Caractère placide.	Pieds avec malformation des orteils. Très grande laxité des jointures. Peau assez fine, pas d'eczéma ; non cireuse, sueur normale. Poussée des ongles ralentie. Sensibilité au froid. Activité presque naturelle, imitateurs, moqueurs, entêtés. Caractère jovial par période.
Idiotie. Pas de mauvais instincts. Aptes à l'éducation. Attention fixable. Parole nulle, mais très développable. Voix aigre. Organes génitaux très peu développés, malformations. Pas d'onanisme. Amélioration très remarquable par la glande thyroïde.	Imbécillité ou arriération. Perversions fréquentes des instincts (kleptomanie, pyromanie, mythomanie, clartomanie, etc.) Aptes à l'éducation, mais à un moindre degré (?). Attention très mobile. Parole existante. Voix aigre. Organes génitaux assez développés, malformations rares. Onanisme rare. Amélioration mais à un degré moindre par la glande thyroïde.

Chez ces deux groupes de malades, nous avons employé la glande thyroïde fraîche du mouton en ingestion stomacale. Elle nous a fourni d'excellents résultats dans les deux groupes, mais plus remarquables chez les myxœdémateux que chez les mongoliens. On en trouvera l'exposé détaillé dans les *Comptes-rendus* de notre service[1].

1. Voir entre autres le *Compte-rendu de Bicêtre de 1903*, p. 149 et le *Congrès des aliénistes de Bruxelles*, t. II, p. 282. Dans l'un et l'autre nous avons donné l'indication des travaux parvenus à notre connaissance. — C'est à tort que l'un de nos élèves a dit que les mongoliens ne tiraient aucun bénéfice du traitement thyroïdien et que le corps thyroïde des mongoliens était sain. Il *existe*, mais offre généralement des lésions.

SÉANCE DU VENDREDI 4 AOUT

(SOIR)

Au début, M. le Président annonce que la Commission du Congrès propose la ville de Lille pour le Congrès de 1906 ; il a l'assurance que l'Assemblée y sera bien reçue. Cette décision est accueillie par acclamation.

M. le docteur Chocreaux, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), accepte volontiers les fonctions de Secrétaire général.

M. le professeur Grasset, de Montpellier, est à une forte majorité désigné président du futur Congrès. Un télégramme lui est adressé pour l'informer du choix de l'Assemblée.

Les questions proposées pour faire l'objet des 3 rapports sont mises en délibération :

1° Psychiatrie : *Étude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés.* — Rapporteur : M. le docteur Dide. *Adopté par acclamation.*

2° Neurologie : *Le cerveau sénile.* — M. le docteur A. Léri en sera le rapporteur.

M. le docteur Chardon fait remarquer que ce sujet est bien voisin d'un sujet de psychiatrie.

M. le professeur Régis reconnaît que la question touche à la psychiatrie par certains points, mais que le rapporteur pressenti déclare qu'il l'envisagera surtout au point de vue anatomopathologique, et d'après de très nombreux documents qui lui seront fournis par M. le docteur Pierre Marie, de Bicêtre. — *Adopté.*

3° Médecine légale : La question proposée est : *De la folie chez les militaires délinquants.* — Rapporteur : M. le docteur Antheaume.

M. le docteur Grandjux fait remarquer que, cette question fût-elle posée, il serait indispensable, si l'on jugeait opportun de désigner un rapporteur civil, de lui adjoindre un rapporteur militaire, vu l'impossibilité matérielle dans laquelle se trouverait un civil de se procurer des documents dans les différents corps d'armée. Il indique même M. le docteur Caterin comme corapporteur. Au surplus, ajoute M. le docteur Grandjux, l'opportunité d'une telle question est discutable. Le Congrès a déjà émis un vœu et il y a lieu d'attendre les résultats de ce vœu. Par ailleurs, la loi militaire de deux ans va considérablement modifier le recrutement actuel, et il semblerait sage, avant de s'occuper d'une question psychiatrique militaire, de savoir quels seront les résultats pratiques de la nouvelle législation. La question étant alors mise aux voix, le Congrès décide, à une grosse majorité, qu'il y a lieu de faire un nouveau choix. Le sujet sera :

3° Médecine légale : *La responsabilité des hystériques.* — Rapporteur : M. le docteur Leroy, d'Évreux. — *Adopté.*

La ville de Caen est éventuellement désignée comme siège du Congrès de 1907.

M. le docteur Pailhas, d'Albi, prend la parole pour soutenir son rapport sur la Balnéation et l'hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales.

BALNÉATION & HYDROTHÉRAPIE

DANS LE

TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

Par M. le Dr B. PAILHAS (d'Albi)

RÉSUMÉ

L'hydrothérapie directement applicable à la cure des maladies mentales semble pouvoir être envisagée au point de vue de deux sortes d'indications distinctes. Les unes *générales*, faisant la part des grands processus symptômatiques de l'excitation et de la dépression ; les autres particulières, tenant spécialement compte des individualités.

Au sujet des états d'excitation et de dépression, il est indispensable de connaître à fond et non pas seulement dans leur expression de surface la valeur de tels syndromes. On s'efforcera d'y démêler ce qui revient aux forces agissantes et aux forces radicales si judicieusement distinguées par Barthez.

A) *États d'excitations.* — Pour l'excitation, quel que soit son cortège de symptômes habituels, tels qu'agitation, expansion, etc., cela n'implique point nécessairement un développement adéquat d'énergie organique. On cherchera dans la situation respective de l'état des organes et de leur expression fonctionnelle le criterium le plus capable d'orienter la variété des prescriptions hydrothérapiques.

Abstraction faite des contre-indications imposées par une trop grande faiblesse organique, on peut dire que le bain prolongé reste procédé de choix de l'excitation maniaque. Quant à savoir ce qui, en règle générale, peut mieux convenir, ou du bain permanent (système Bonnefous et Kræpelin), ou de la balnéation très

prolongée, mais discontinue (système Pomme et Brierre de Boismont), les seuls faits peuvent répondre ; toutefois il ne paraît point que soustraire, à intervalles variables, le malade au contact de l'eau, offre moins d'avantages, tant au point de vue des résultats curatifs de la balnéation que des commodités de son emploi.

a) *États maniaques.* — Dans les *manies graves* et le *délire aigu*, l'excitation, si souvent en rapport inverse avec les forces de l'organisme, exigera, à la place de l'action dépressive du bain tiède ou chaud, la stimulation du bain froid ou frais de courte durée, des bains graduellement surchauffés (C. Deny), et mieux encore, peut-être, les emmaillotements humides froids avec applications céphaliques froides ou glacées.

L'enveloppement humide est adopté de préférence par Kræpelin dans certains cas d'agitation maniaque caractérisés par la résistance du malade à se maintenir au bain. Ce mode de contention sédative se concilie fort bien avec l'alitement.

Dans la manie aiguë ordinaire interviendront le bain prolongé, le demi-bain, la douche baveuse de Vidal ou le bain-pluie. On pourra aussi avoir recours, dans certains cas, au maillot humide, au demi-maillot, à la ceinture mouillée, qui, appliqués le soir, se montrent particulièrement aptes à ramener le sommeil.

L'excitation maniaque hystérique s'accommodera le plus souvent de l'enveloppement humide froid, souvent renouvelé de compresses froides sur la tête (Morel), de l'immersion de courte durée en eau froide ; mais, dans bien des cas, il y aura lieu de recourir au bain prolongé ou à la douche tempérée à faible pression.

Les crises d'excitation chez les *épileptiques* pourront, quoique rarement, bénéficier de l'enveloppement humide et du bain prolongé ; mais il convient surtout de s'adresser au traitement préventif et intercalaire, sous forme de lotions, d'enveloppements humides, de douches froides en jet, en pluie, de douches graduellement refroidies.

Dans la *paralysie générale,* on aura, pour combattre l'excitation, le bain prolongé avec applications glacées sur la tête.

Dans les crises d'excitation survenant au cours des *états maniaques chroniques*, la symptomatologie seule ne devra pas guider dans le choix du procédé hydrothérapique, mais on aura très particulièrement égard aux indications tirées du rapport nosologique

de la crise avec le degré d'ancienneté et les chances de curabilité de l'affection. La crise aiguë ou chronique invétérée ou incurable ne saurait être, à ce point de vue, assimilée à celle de cet autre maniaque chez lequel un épisode de surexcitation semble pouvoir être envisagé comme l'expression d'une salutaire réaction des énergies psychiques, que l'on se gardera de comprimer par une médication débilitante.

La fréquence des syncopes dans les folies chroniques en général, à l'occasion de bains d'une durée de douze heures, laisse entrevoir que, dans tout état maniaque chronique, il y a à se méfier de l'action dépressive du bain prolongé et à en surveiller minutieusement l'emploi.

A l'excitation maniaque chronique semble particulièrement approprié le bain en pluie des Américains, si susceptible de se mettre en harmonie avec l'état des sujets et les besoins d'un service rapide. Tempéré ou tiède, plus ou moins froid, il développera ses effets toni-sédatifs.

b) États mélancoliques. — C'est dans la *mélancolie* surtout qu'il convient de dépister, sous les dehors d'une dépression psychique, la situation réelle des forces organiques avant de formuler un traitement hydrothérapique.

La mélancolie n'est point exclusive des états d'excitation et, dans ces cas où se range la mélancolie anxieuse, les bains tièdes prolongés de deux ou trois heures apportent un grand soulagement. Même dans la mélancolie avec conscience, la tension douloureuse du système nerveux sera combattue par les bains prolongés d'une heure ou deux, à la température constante de 28 à 32° ou à l'aide du drap mouillé.

Dans les *états d'excitation mélancolique* seront, en outre, indiquées les pratiques à peu près similaires de la douche en pluie attiédie (Delmas) et la douche baveuse, du bain en pluie tempéré.

B) États de dépression. — Dans la *dépression mélancolique* il y a à considérer divers degrés, depuis ceux de la mélancolie simple, si proche de la neurasthénie, jusqu'à la mélancolie stupide. Aux premiers degrés s'appliquent le traitement hydrothérapique de la dépression neurasthénique, à savoir la douche écossaise, la douche mixte de Beni-Barde, ou même, si le malade la tolère, la douche froide de courte durée, les immersions bornées à un rapide

plongeon dans l'eau froide, les demi-bains froids, frais et toujours courts, les frictions avec le drap mouillé fortement tordu, les lotions froides.

Dans les formes plus accusées, telle que la *mélancolie avec stupeur*, mais avec un état général relativement satisfaisant, on peut employer, au début, les grands bains chauds, le bain tiède sinapisé, le demi-bain, la douche écossaise, les emmaillotements froids de courte durée, les lotions stimulantes, et un peu plus tard, les bains froids ou la douche froide en pluie. Lorsque les états mélancoliques aigus sont marqués par la dépression organique ainsi que dans les *psychoses d'épuisement physique* des auteurs allemands, Thomsen considère le bain chaud avec compresses froides comme le procédé le moins dangereux.

Les manuluves et pédiluves chauds ou sinapisés seront seuls appliqués quand l'état général, très défectueux, s'accompagnera de troubles profonds de la circulation (cyanose, refroidissement des extrémités, etc.). Dans tous les cas, la réaction sera très attentivement surveillée, et le plus possible favorisée, par les frictions stimulantes, les mouvements actifs ou passifs, etc.

C) *États toxi-infectieux.* — Parmi les indications qui relèvent de conditions pathologiques moins générales que l'excitation et la dépression, il convient de signaler, comme méritant une mention spéciale, celles qui émanent d'une étiologie foncièrement infectieuse ou toxique.

Le *delirium tremens* sera traité par le bain frais ou froid.

Au *délire aigu* devront être ordinairement appliqués les enveloppements humides froids plus ou moins prolongés.

Les bains prolongés chauds, bien que considérés par Kræpelin comme le remède héroïque du délire aigu, ne sauraient être prescrits qu'avec une extrême réserve, étant donnés leur action débilitante et l'état de dépression organique inhérente à cette affection.

D) *Etats organiques.* — Dans les *affections mentales liées à une altération organique de l'encéphale*, sénilité, artério-sclérose précoce, hémorragies, ramollissement, etc., et plus particulièrement dans la paralysie générale, les grandes applications hydrothérapiques devront être, en règle générale, proscrites. Ce n'est que dans ces cas spéciaux, et après un examen approfondi de l'état des forces du malade et de ses capacités réactionnelles, qu'on

emploiera, en cas d'excitation aiguë, les grands bains tièdes et les enveloppements froids ou chauds.

E) Etats hébéphréniques et catatoniques. — Les indications individuelles et symptomatiques dominent aussi dans les formes de *folie survenant chez les jeunes gens*. Toujours est-il que, dans les grands états d'agitation catatonique, Kræpelin s'écarte souvent de sa pratique presque systématique des bains prolongés pour y substituer les enveloppements humides et tièdes.

F) Etats lucides. — Essentiellement symptomatique devra être l'hydrothérapie quand elle s'adresse aux *folies lucides*, aux *syndromes de dégénérescence* ou états plus ou moins liés à l'*épilepsie*, à l'*hystérie*, à la *neurasthénie*, à la *chorée*, à la *maladie de Basedow*, etc. Nulle part le sujet et l'affection ne sont empreints d'une individualité plus tranchée dont devra tenir étroitement compte l'application hydriatique.

A l'*excitation* on opposera les bains tièdes, les emmaillotements froids, les demi-bains tièdes avec affusions, la douche baveuse ou le bain en pluie.

Le sommeil sera favorisé au moyen des enveloppements humides (emmaillotement total, demi-maillot, ceinture, compresses des jambes), du bain, du demi-bain tiède ou même du simple pédiluve. Selon Ritti, les bains donnés dans l'après-midi même, les bains de pieds, sont des procédés qui réussissent parfois à amener le sommeil, même chez les malades les plus réfractaires.

Contre la *dépression* on utilisera les moyens hydrothérapiques stimulants, tout en procédant avec prudence et délicatesse, lorsqu'on fera appel à l'eau froide et à la percussion (douches, affusions, immersion). Avec plus de sûreté, on donnera la douche écossaise et le demi-bain frais ou graduellement refroidi accompagné de frictions ou d'affusions fraîches ou froides suivant la pratique allemande.

Il est des sujets dont la susceptibilité demandera une acclimatation graduelle aux applications froides qui sont, de beaucoup, les plus vitalisantes et les plus susceptibles de mettre en jeu les réactions organiques.

G) Hydrothérapie hygiénique. — La question d'hydrothérapie hygiénique des asiles ne saurait retenir longtemps. Plus spéciale-

ment destinée à sauvegarder les fonctions de la peau, et par là, à assurer les soins élémentaires de propreté du corps, l'hydrothérapie hygiénique confond nécessairement son rôle avec celui de l'hydrothérapie curative et prophylactique.

H) *Hydrothérapie prophylactique.* — La prophylaxie hydrothérapique des maladies mentales s'efforce de les prévenir, soit à la période des premiers prodromes, soit, comme simple prédisposition, dans les états nerveux des héréditaires. On retire de grands avantages des bains prolongés et de l'hydrothérapie, dans cette période prodromique où s'organise la folie. Leur avantage n'est pas moins grand dans ces situations névropathiques où les opiacés ne procurent aucun soulagement aux malades, et pour modifier la constitution nerveuse des héréditaires.

CONCLUSIONS

1° L'hydrothérapie exige, comme condition essentielle de sa pratique, le tact expérimenté de celui qui l'emploie ;

2° Toute la gamme des procédés hydrothérapiques a pour point de départ une excitation à la périphérie du corps ; mais les effets se différencient et divergent suivant la thermalité de l'eau, la durée, l'intensité des applications, et maintes conditions individuelles plus dépendantes des multiples et variables dispositions du sujet que de la classe nosologique dans laquelle on le range. Nulle thérapeutique ne réclame plus de sens d'opportunité clinique, une conception plus synthétique et plus coordonnée des notions de pathologie générale ;

3° La qualité thermale de l'eau, aussi bien que l'intensité et la durée des applications devront se mettre en rapport avec les résistances organiques, générales ou partielles, et aussi avec les susceptibilités individuelles. On ne perdra pas de vue que la dépression organique fonctionnelle des centres nerveux n'est point adéquate à leur dépression organique et que cette dernière se dissimule souvent sous les apparences de l'excitation et de l'agitation. C'est dans ces cas d'épuisement organique que l'on évitera, avec le plus de soin, tous les procédés qui, par la durée et l'intensité de leur action, mettent trop vivement en jeu les processus de la réaction générale et risquent d'en épuiser les sources ;

4° Dans les cas de folie caractérisés par une asthénie réelle et profonde — tels certains délires toxi-infectieux, comme la folie puerpérale, la confusion mentale, certains états maniaques s'accompagnant d'un état général grave, la mélancolie stupide, la dépression catatonique, etc., — on s'adressera prudemment, soit à la balnéation tiède peu prolongée et associée à des frictions ou lotions stimulantes, soit à l'emmaillotement humide, froid, sinapisé (Chaslin), graduellement surchauffé. Dans le choix des procédés on n'aura égard aux syndromes maniaques ou mélancoliques que dans la mesure où ils peuvent, par eux-mêmes, fournir les indications sur l'état des forces du malade;

5° Aux états d'excitation et d'agitation conviennent généralement les applications tièdes ou chaudes (bains prolongés de 28 à 34°, douches tempérées à faible pression, douche baveuse de Vidal ou bain en pluie). Chaque praticien saisira dans le degré de résistance offert par le malade à tel ou tel procédé l'indication de le rejeter ou d'en différer l'emploi ;

6° Il est des cas de folie aiguë, d'essence plutôt sthénique, tels que les épisodes d'excitation délirante de l'hystérie, qui, bien que justiciables de la balnéation tiède, s'accommodent avantageusement des applications hydrothérapiques froides, immersions de courte durée, douches en pluie à faible pression, enveloppements humides;

7° De même le délire alcoolique aigu trouve un rapide soulagement dans l'immersion froide relativement prolongée ; mais l'emploi d'une telle médication agissant par sidération des centres nerveux n'est pas exempte de dangers et rend nécessaire la présence du médecin ;

8° Aux états hyperthermiques (délire aigu) on opposera les enveloppements humides froids souvent renouvelés, plus rarement le bain froid ou mitigé;

9° Il est des vésaniques à constitution rhumatismale, goutteuse ou pléthorique, chez lesquels les applications hydrothérapiques seront judicieusement associées à la sudation (emmaillotements, bains russes ou turcs) ;

10° Des folies d'origine organique, comme la paralysie générale et celles qui coexistent avec des affections cardiaques ou pulmonaires, contre-indiquent toute médication hydrothérapique sus-

ceptible de congestionner les organes lésés ou de porter atteinte à leur fonctionnement. Les applications seront ici partielles, symptomatiques, et ce n'est qu'exceptionnellement que dans la paralysie générale, on recourra au bain tiède ou à l'enveloppement humide chaud (Alter). Même et surtout dans la démence paralytique, les eschares de décubitus seront une indication du bain prolongé (Bonnefous, Reinhard, Alter);

11° Aux états subaigus prolongés ou aux affections aiguës tendant très lentement à l'apaisement des signes de l'excitation psychique, certaines applications excitantes froides, chaudes ou mixtes (douches froides ou écossaises), seront parfois heureusement substituées aux applications sédatives tièdes ou chaudes. Il y aura surtout lieu de procéder de la sorte lorsque, au calme du malade et à son amélioration physique, ne correspondra pas le retour parallèle de ses aptitudes mentales;

12° Les états chroniques seront généralement soumis à une hydrothérapie hygiéniqne dont le bain ordinaire, le bain de piscine et les bains d'aspersion savonneux feront le plus commodément les frais. Des indications particulières ou occasionnelles feront intervenir l'emploi judicieux et modéré, soit des procédés stimulants, toniques ou toni-sédatifs (douche écossaise, douches froides en jet ou en pluie, affusions, demi-bains), soit du procédé plus directement sédatif (bain tiède plus ou moins prolongé, douche tempérée à faible pression, bain en pluie).

Les épisodes aigus, mélancoliques ou maniaques, survenant au cours des affections chroniques, seront soumis aux règles générales applicables aux états d'excitation ou de dépression psychiques; mais c'est ici surtout qu'il faudra, avant et durant toute intervention, examiner avec une attention scrupuleuse dans quels rapports se trouvent et se maintiennent, d'une part les résistances organiques du sujet et son aptitude à réagir, et d'autre part le procédé hydriatique apparemment indiqué;

13° La médication prodromique, visant surtout l'insomnie, fera appel au bain ou demi-bain tiède et à l'enveloppement humide (maillot, ceintures, compresses des membres inférieurs). Les demi-bains, la douche écossaise, la douche baveuse de Vidal, le bain en pluie, les emmaillotements humides généraux ou partiels, les pédiluves, etc., trouveront aussi leur utile emploi pour com-

battre l'irritabilité nerveuse et psychique sous ses divers aspects initiaux d'excitation ou de dépression ;

14° La plupart des procédés hydrothérapiques peuvent concourir à la prophylaxie des maladies mentales. C'est vers l'eau froide que, plus ou moins directement, l'on tendra à diriger préventivement le groupe dominant des prédisposés héréditaires. (Morel, Brocard).

Discussion du Rapport sur la Balnéation et l'Hydrothérapie dans les maladies mentales.

M. CHRISTIAN, de Paris. — Je regrette que le rapporteur n'ait pas fait connaître les résultats thérapeutiques de la balnéation, car, dans cette question, on marche un peu à l'aventure, M. Sérieux a vu, en Allemagne, des malades tenus dans le bain deux mois, trois mois, six mois, dix-huit mois. On nous dit que cela ne produit aucun inconvénient. Je sais bien que l'épiderme de ces malades est protégé par un corps gras isolant, qu'on remédie aux lipothymies par les injections de caféine, que les agités qui veulent sortir de leur baignoire y sont maintenus par une persuasion qui laisse peut-être derrière elle des ecchymoses, et par les stupéfiants. Mais est-ce là, je le demande, une méthode vraiment médicale ? On dit que l'agitation disparaît, mais je suis convaincu que dans ces cas-là on serait arrivé au même résultat sans ce traitement. En réalité, la méthode est surtout employée pour la discipline intérieure de l'établissement.

A cette immobilisation dans le bain permanent je préfèrerais encore une camisole de force, qui laisserait du moins une liberté relative en dehors de l'usage des mains. Dans cette baignoire entourée de paravents, le malade est aussi isolé que dans une cellule. De telle sorte que je suis surpris de voir cette condamnation à l'immersion prolongée et incessante défendue par les médecins qui combattent la camisole de force et la cellule.

Il est vrai que cette pratique des bains prolongés et ininterrompus nous vient de l'étranger.

M. DIDE, de Rennes. — Quand je suis allé visiter le service de Kræpelin, j'avais une idée préconçue contre sa méthode. Je n'ai constaté rien qui pût motiver ces réserves. J'ai même constaté

que chez un malade mis au bain continu avec une eschare, celle-ci était en voie de guérison.

Comme thérapeutique, il faut bien l'avouer, cette méthode n'a pas donné de grands résultats. Elle ne guérit pas la folie. Sans cela elle s'imposerait à tous les aliénistes de tous les pays.

En revanche, elle réussit très bien contre l'agitation et la fait disparaître ; elle présente, à ce point de vue, une supériorité réelle. Malheureusement, elle demande un effort pécuniaire extraordinaire. Quant aux brutalités, je n'en ai pas vu de traces.

M. CROCQ (Bruxelles). — Dans notre pays, sous l'influence des idées allemandes, la balnéation continue s'est implantée, et ce que j'en sais me fait partager le fond des idées très sages émises par M. Christian. Transformer cette méthode en une règle absolue est certainement un abus.

Comme M. Dide, je n'ai pas vu d'agités ; mais, quand on visite un asile, on ne montre guère les agités. Et je sais tel asile où ils sont attachés dans une cave.

Si l'on veut apprécier la méthode, il n'y a qu'un moyen : l'appliquer soi-même dans son service.

M. DOUTREBENTE, de Blois. — Combien y a-t-il de malades dans le service de Kræpelin.

M. DIDE. — Environ 200.

M. DOUTREBENTE. — Dans ces conditions les agités sont rares, car il suffit de diminuer l'effectif d'un service pour y atténuer considérablement la proportion des agités, qui, du reste, se trouvent surtout parmi les nouveaux.

M. DIDE. — Justement, le service de Kræpelin comprend exclusivement des aigus, qui se renouvellent constamment.

M. LALLEMENT (de Rouen). — Comment les malades peuvent-ils se renouveler fréquemment s'ils restent dix-huit mois dans le bain ?

M. DENY, de Paris. — La méthode des bains continus qui est visée en ce moment, je ne l'ai pas appliquée dans toute sa rigueur, en raison de l'impossibilité pratique où je me suis trouvé de faire la balnéation pendant la nuit. Mais pendant six mois j'ai tenu des malades au bain, de huit heures du matin à huit heures du soir, et cela sans le moindre inconvénient.

Il est incontestable que cette méthode agit très efficacement

sur l'agitation et la fait disparaître. Mais son application est horriblement coûteuse; il faut équipes de jour, équipes de nuit, etc. De telle sorte que, si on veut l'essayer en France, il faudrait se contenter de l'installer dans un seul service.

M. BOURNEVILLE, de Paris. — C'est avec raison que le Congrès de Pau a mis à l'ordre du jour du Congrès de Rennes la question de l'*Hydrothérapie dans les maladies nerveuses et mentales.* On ne peut aussi que se féliciter du choix du rapporteur. La tâche était difficile. M. le Dr Pailhas s'en est acquitté à son honneur. Toutefois il est des points sur lesquels il nous permettra d'insister.

Notre expérience, en cette matière, date de loin : Noël Pascal, le fervent adepte et le successeur de Louis Fleury, avec qui nous avons collaboré (1861 à 1864) à la *Médecine contemporaine*, suite du journal l'*Hydrothérapie* d'Émile Duval, et fondé en 1865 le *Mouvement médical*, était sujet à des congestions pulmonaires violentes avec hémoptysies abondantes qu'il traitait, un peu à notre stupéfaction, par les *douches froides*. L'année suivante, étant interne à la Salpêtrière, nous avions pour collègue notre ami Laburthe, un enthousiaste de l'*hydrothérapie* et de la *gymnastique*. Ce furent nos initiateurs et, à partir de 1866 jusqu'à ce jour, nous n'avons cessé de recourir à l'hydrothérapie pour nous et d'en conseiller largement l'emploi. C'est fort de notre expérience personnelle que nous avons mené une vigoureuse campagne au Conseil municipal de Paris (1), au Conseil général de la Seine, dans le

(1) 1876. Vœu au Conseil municipal demandant : 1° la construction de services balnéaires et hydrothérapiques dans tous les établissements hospitaliers où ces services sont insuffisants ; 2° que les malades externes soient autorisés à prendre des bains et des douches à l'hôpital. — 1877. Rapport sur la reconstruction des bains externes de l'hôpital Saint-Louis et *Progrès médical,* 1877, p. 519. — 1880. Rapport sur l'hôpital du Midi, n° 63, p. 17. — Construction d'un service balnéo-hydrothérapique à Saint-Antoine. — 1881. Nouveau rapport sur les bains de Saint-Louis. — 1882. Rapport sur la reconstruction des bains de l'hôpital de Lourcine, n° 52. — Rapport sur la construction d'un service balnéo-hydrothérapique à la Salpêtrière, n° 60. — Rapport sur la reconstruction du service des bains et d'hydrothérapie à l'hôpital Laënnec, n° 66. — Installation à l'Asile clinique d'un service de bains et d'hydrothérapie destiné aux malades externes qui viennent à la consultation de l'asile. Citons encore le service de bains et de douches de notre section de Bicêtre. De plus, chaque année, de 1877 à 1882, inclusivement, lors du vote du budget de l'Assistance publique, nous avons demandé au Conseil municipal le renouvellement de notre vœu relativement à la création de services balnéo-hydrothérapiques capables de desservir largement tous les établissements hospitaliers et de faire face aux besoins du *traitement externe* et de donner des *bains aux enfants pauvres des écoles*. (Rap. n° 66, p. 8, 1882.)

Progrès médical pour l'organisation de services balnéo-hydrothérapiques dans tous les hôpitaux et hospices de Paris. Elle a été fructueuse.

Dans notre service depuis 1879, nous faisons un large emploi des bains et des douches. Il a été donné en 1904, 28 571 bains (sans compter les bains administrés à l'infirmerie, au pavillon des contagieux, au bâtiment des enfants invalides), 5 370 bains de pieds et 61 350 douches froides en jet en éventail seul ou avec la pluie, sans compter les bains de siège et les douches locales.

Nous avons recours à l'hydrothérapie dans l'*épilepsie* comme agent général, pour prévenir les lésions cutanées, éviter le bromisme (1), pour combattre l'*incontinence d'urine* (douche locale et générale), l'*onanisme*, le *gâtisme* (érythème, éruptions papuleuses ou pustuleuses), les lésions du *décubitus*, les *bronchites chroniques*, la *tuberculose* au début, les accidents dus à la *scrofule*, au *lymphatisme*, les *troubles circulatoires* (engelures, gonflement des pieds et des mains, etc.), nous y avons recours aussi dans les entorses, les fractures (douches locales et massage), chez les enfants atteints de *méningites chroniques* (douches en pluie sur la tête pendant 15 à 20 secondes suivies d'une douche générale en jet). Dans les cas de *folie de l'adolescence*, principalement dans la dépression mélancolique, etc., etc.

Il serait bien à désirer que, dans leurs rapports, nos collègues des asiles donnent la statistique des bains et des douches et que, à l'exemple des médecins de l'étranger, ils usent largement de ces moyens thérapeutiques. Déjà, ils en donnent plus souvent que dans beaucoup d'hôpitaux, mais certainement dans une proportion trop restreinte. « Les applications hydrothérapiques sont délicates, vient de nous dire M. Pailhas, c'est pourquoi nous répugnons à les employer davantage. »

A quoi cela tient-il ? Aux appareils défectueux, aux installations imparfaites, comme celles que nous avons vues hier à l'asile de Lehon ; comme elles le sont dans un grand nombre d'hôpitaux et d'asiles — nous faisons exception pour les établissements balnéo-hydrothérapiques organisés et dirigés par des médecins spéciaux,

(1) L'un de nos élèves, P. Bricon, a exposé, dans sa thèse, notre *pratique hydrothérapique*, dès 1882.

tel le bel établissement thermal de Vichy, etc. Pour que les douches procurent les effets thérapeutiques qu'on est en droit d'en attendre, il faut que les installations soient faites dans les conditions particulières, par exemple, suivant les règles indiquées par Louis Fleury dans son beau *Traité* et en tenant compte des progrès réalisés, s'il y a lieu.

Cela tient aussi à ce que l'*enseignement de l'hydrothérapie* est à peu près nul. Trop souvent les médecins prescrivent des douches sans se préoccuper comment elles seront données, sans fournir aucun renseignement aux doucheurs. Et ceux-ci sont ignorants, ce qui ne les empêche pas d'avoir des prétentions, de s'imaginer en savoir plus que les médecins.

Les médecins, de leur côté, ont le devoir d'étudier avec soin l'hydrothérapie, ses procédés, ses indications, d'administrer eux-mêmes le plus souvent possible, les douches, de dresser leurs internes, leurs infirmiers. C'est ce que nous faisons nous-mêmes depuis une vingtaine d'années dans notre service. Après avoir borné nos leçons à notre personnel, nous les avons étendues aux élèves de l'école d'infirmières et d'infirmiers de Bicêtre. Puis, nous avons fait venir les baigneurs ou baigneuses de la Salpêtrière, de la Pitié, et de Lariboisière, chargés des leçons de douches et de bains aux élèves de ces établissements. Eux aussi étaient ignorants, donnaient fort mal les douches : personne ne les avait conseillés. Enfin depuis plusieurs années un grand nombre d'élèves libres sont venues par séries assister à nos leçons et, devant nous, administrer elles-mêmes les douches [1].

Nos confrères de l'armée paraissent s'intéresser au traitement hydrothérapique et à son application scientifique. Nous avons appris récemment que le directeur du service de santé du 10• Corps d'armée avait envoyé deux infirmiers de l'hôpital militaire de Rennes au Val-de-Grâce pour suivre les cours théoriques et pratiques de douches et de massage. On ne peut que l'en féliciter et souhaiter que les directeurs du service de santé des autres Corps d'armée imitent son exemple.

Notre but n'est pas de faire de tous des doucheurs et des dou-

(1) Il y a eu cette année, en outre de celles données au personnel de Bicêtre, une trentaine de leçons ; 152 élèves libres ; 54 infirmières de la Salpêtrière ; baigneur et baigneuse de la Pitié et de la Salpêtrière ; baigneur de Lariboisière.

cheuses, mais de leur faire comprendre en quoi consistent les douches, de les mettre en mesure de renseigner leurs malades, de les persuader qu'il s'agit là d'un traitement très simple, sans inconvénient quand il est bien appliqué, que les enfants eux-mêmes s'y soumettent sans la moindre difficulté. En agissant ainsi, nous croyons rendre service et aux médecins qui trouveront dans nos gardes-malades des auxiliaires pour les aider à vaincre les résistances de leurs clients, et aux malades.

Ces leçons, qui ont été si sottement critiquées il y a deux ans dans un article plein d'erreurs et de fiel de la *Revue des Deux Mondes*, ont été très goûtées des élèves. Leur affluence en est la preuve [1].

Ce n'est pas sans résistance que nous sommes arrivés à quelques résultats. Fonctionnaires, employés, sous-employés, qui n'ont pas eu besoin de douches, s'imaginent de bonne foi qu'aucun enseignement n'est nécessaire, qu'il suffit d'ouvrir des robinets, de promener un jet d'eau sur le corps et c'est tout. Or c'est là une question absolument médicale. Quand on admet un nouveau doucheur dans un hôpital, on devrait en prévenir les médecins qui, eux, ont le devoir de fournir à l'apprenti les indications nécessaires, de s'assurer s'il a les aptitudes nécessaires, de faire un choix, car il y a des infirmiers qui ne doucheront jamais bien, parce qu'ils ont la main dure. C'est parce que la plupart des doucheurs sont ignorants, ne connaissent pas les inconvénients et même les dangers d'une douche mal administrée, qu'ils ne cherchent pas à se renseigner.

Nous terminerons par une citation :

« Ce qui manque à l'hydrothérapie, a écrit Louis Fleury, le véritable créateur de l'hydrothérapie scientifique [2], c'est un personnel instruit et expérimenté ; or ce personnel ne se formera que du jour où les administrations, les gouvernements, comprendront, enfin, la nécessité d'instituer dans les hôpitaux des cours de clinique hydrothérapique, dans lesquels les élèves, internes et externes, seraient exercés au maniement des appareils sous la

(1) Après la *leçon de douches*, les élèves assistaient à une leçon de *vaccination*, la pratiquant elles-mêmes, puis à une leçon *de coupe de cheveux* et de *rasement*. (Rappelons à ce propos que depuis 1880 nous vaccinons tous nos nouveaux malades et ceux qui sont dans le service depuis 6 à 7 ans.)

(2) *Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie*, 1866, p. 224.

direction du maître. Ce jour viendra sans doute..., mais il n'est pas encore venu. — Espérons des temps meilleurs. »

Il y a de cela *quarante ans* et le jour n'est pas encore venu !

M. RÉGIS, de Bordeaux. — J'estime, comme M. Bourneville, que, dans beaucoup d'établissements hospitaliers, le personnel préposé aux applications hydrothérapiques est insuffisamment instruit et dressé, ce qui peut avoir de réels inconvénients, surtout si l'on s'en rapporte à lui pour l'exécution des prescriptions concernant les bains et les douches. La balnéothérapie et l'hydrothérapie devraient entrer, avec l'électrothérapie, le massage, la sérothérapie, le gavage, etc., dans la partie pratique du programme du concours de l'adjuvat des asiles et d'y constituer, au besoin, un complément de technique thérapeutique dans l'épreuve clinique.

M. DROUINEAU (inspecteur général). — Je croyais, jusqu'à présent, que toutes ces matières faisaient partie du bagage scientifique du médecin, et il me semble qu'on va trop loin en demandant de faire porter sur ces points les épreuves du concours. Dans les asiles, un certain nombre d'appareils très bons, très coûteux, s'abîment sans être utilisés, et cela parce que les chefs de service n'ont pas sur ce point les mêmes idées que les médecins qui ont fait acheter les appareils en question. Le rapporteur a insisté avec raison sur l'emploi hygiénique de l'hydrothérapie, et il a bien fait, car avec les organisations actuelles, la propreté des malades est difficilement réalisable

M. E. DESCHAMPS, de Rennes. — Après avoir adressé à notre collègue M. le Dr Pailhas tous les éloges qu'il mérite pour son travail si consciencieux, je n'en serai que plus à l'aise pour dire ce que je pense du sujet lui-même, car il sera bien entendu que mes observations et mes critiques ne s'adressent point au rapporteur mais à la façon peu scientifique dont tous ceux qui à travers les âges se sont occupés d'hydrothérapie ont compris leur sujet.

Comment s'expliquer en effet qu'un procédé thérapeutique aussi simple en pratique ait donné dans ses résultats autant de mécomptes que de contestations, si ce n'est parce que l'on ne s'entend pas même sur les principes fondamentaux qui régissent son action. Ce sont ces principes que je voudrais poser, tout au moins en partie, pour vous montrer comment cette thérapeutique

jusqu'ici empirique pourrait devenir l'un des moyens les plus précis, j'allais dire mathématiques de la thérapeutique générale.

Il est regrettable tout d'abord que le nom ait été détourné du sens même de l'objet; ce n'est ni hydrothérapie, ni balnéation qu'il conviendrait de dire, le mot propre est *Thermothérapie.*

L'eau, en effet, n'est que le substratum de l'énergie thermique qui seule est l'agent thérapeutique. L'eau ne s'est imposée à l'attention des thérapeutes qu'en raison de sa capacité calorifique qui est considérable : c'est cette capacité, en effet, qui permet de constituer économiquement avec elle un milieu capable de déterminer rapidement des variations de la fonction thermogénique du sujet qui s'y trouve placé, et en dehors de ce fait précis, il faut renoncer à toutes les histoires sur les propriétés multiples dont on a voulu doter l'eau ou les eaux pour justifier leurs applications externes.

De même on ne saurait restreindre le but des applications hydrothérapiques à une simple soustraction ou addition de calorique dont les résultats seraient alors inverses; le problème est beaucoup plus complexe.

Chez les vertébrés supérieurs la plénitude de l'exercice de toutes les fonctions est liée à un degré thermométrique déterminé, à un niveau particulier de leur température propre; mais ce degré ou ce niveau ne saurait être obtenu d'une façon permanente par addition ou soustraction de calorique; un résultat satisfaisant et durable ne peut être atteint que par la modification ou le perfectionnement d'un nombre plus ou moins grand de facteurs qui président physiologiquement à son maintien, et parmi ces facteurs l'un des plus importants est le rayonnement cutané. Dans une série de communications, dont l'une le 23 novembre dernier à la Société de Thérapeutique ayant pour titre « Nutrition et Thermogenèse », j'ai démontré : 1° que la chaleur produite dans un temps donné par le corps à l'état de repos est proportionnelle au rayonnement cutané; 2° Que ce rayonnement est lié à la nutrition, non seulement par la dépense qu'il détermine, mais surtout par son action régulatrice de la fonction thermogénique, et de plus qu'il est susceptible d'adaptation variable d'après des conditions faciles à déterminer suivant les sujets.

L'expression mathématique du rayonnement en physique nous

est donnée par la formule K (T-T'). Dans cette formule K représente le pouvoir émissif spécial à la substance du corps que l'on considère et T et T' les températures du corps et du milieu dans lequel il est placé.

En appliquant cette formule à la physiologie K devient le pouvoir déperditeur de la surface cutanée et comprend toutes les conditions qui régissent le départ de la chaleur.

Ces conditions dépendent de deux facteurs principaux : 1° le pouvoir émissif de la surface cutanée considérée comme substance morte et 2° le débit sanguin à la périphérie, proportionnel au travail du cœur qui est le produit du nombre de ses contractions par sa charge. Ce travail du cœur nous pouvons l'évaluer approximativement et nous le représenterons par le produit nH, c'est-à-dire du nombre des pulsations par la tension artérielle.

La formule physiologique dans les conditions particulières où je me suis placé devient

$$E\,(nH)\,(T-T')$$

mais comme je l'ai dit plus haut j'ai démontré d'autre part que

$$C_p = E\,(nH)\,(T-T')$$

Ne vous effrayez pas, Messieurs, de cette formule, elle aura tout à l'heure pour vous un sens autrement précis que les expressions tonique, sédative, excitante, congestive, sidérante, antiphlogistique, etc., dont tous les thérapeutes se sont servis à travers les âges et qu'il faut rendre responsables de leur manque d'unanimité. « Il en est, dit le rapporteur, dans son chapitre sur le bain tiède ordinaire, des sensations et des réactions thermiques comme des goûts et des couleurs, et si Marcé indiquait une température moyenne de 28° à 30°, au delà de laquelle les effets sédatifs se changeaient en effets excitants et congestifs, Gislain assignait à cette température 25° à 30° ; Luys 35° ; Magnan et Pécharman 32° ; Garnier et Catalian 32° à 33° ; Morel de Mons 28° à 34°, etc. Si vous n'êtes pas fixés, du moins vous avez le choix. Discutons donc ensemble, si vous le voulez bien, la formule que je viens d'écrire.

$$C_p = E\,(nH)\,(T-T')$$

Le premier membre nous indique que quels que soient l'objet et la technique d'une pratique hydrothérapique, en dernière analyse,

elle se traduit toujours par une variation du nombre des calories produites par le sujet, et remarquez-le bien, je ne dis pas température, je dis calories. Son action est analogue à celle du tirage de la cheminée sur un foyer incandescent. Il donne un sens précis à la théorie dépurative de Priesnitz ; il infirme les théories antithermique et révulsive de Currie et de Fleury et démontre que la doctrine nerveuse elle-même n'est qu'une étape qu'il faut se hâter de franchir.

La simple inspection du second membre nous enseigne que le résultat n'est pas lié seulement à la température de l'eau ni à la technique de son application ; mais qu'il dépend encore de certaines conditions intrinsèques au sujet et qu'il n'est pas permis de négliger. Ces conditions sont suffisantes en effet pour faire passer le résultat de plus à moins lorsqu'on recherche celui de moins à plus. Prescrire la température d'une pratique hydrothérapique quelconque sans se préoccuper du produit nH avant, pendant et après, c'est opérer en aveugle et il ne faut pas chercher ailleurs la cause des divergences que je signalais tout à l'heure. Pour faire mieux pénétrer dans votre esprit l'importance de ce facteur que je signale, je veux l'appuyer d'un fait précis.

Il est admis sans contestation que le bain frais fait maigrir les obèses, est-ce à dire pour cela que tous les obèses maigriront par des bains à une température déterminée? Pas du tout. Est-ce à dire encore que le bain chaud fasse engraisser les maigres?

Pas le moins du monde. Tel sujet maigrira en effet par une série de bains à 27°, mais tel autre prendra du poids. Chez le même sujet on peut obtenir successivement des résultats différents selon que le facteur a varié plus ou moins.

L'un de mes malades, homme fort intelligent et instruit, s'est prêté de fort bonne grâce à cette vérification que j'avais déjà faite une première fois sur moi-même. Son observation par les mesures qu'il a faites a la valeur d'une expérience de laboratoire. Dans une première série de bains de 33° à 22° le poids est resté stationnaire et ici au-dessous de la normale d'environ 8^k, tandis qu'il s'est élevé dans une seconde série consécutive à la première à des températures de 22° à 27°.

Mais tandis que dans la première série, N le nombre des pulsations de la radiale était descendu à 54, 50 et 45, il s'est

maintenu à 60 dans la seconde série aux environs de 27°. Or il n'existe pas de raison pour que ce résultat constaté dans une fonction végétative ne soit également vrai pour les autres fonctions.

C'est par abréviation que l'on dit hydrothérapie dans telle ou telle catégorie de maladies ; dans tous les cas l'agent thermique emprunte les mêmes voies et obéit aux mêmes lois pour nous donner ou nous refuser le résultat que nous cherchons.

Enfin, Messieurs, et c'est par là que je termine, le facteur E nous démontre l'importance beaucoup trop négligée de la fonction cutanée ; il donne aussi une interprétation rigoureuse à cette constatation que vous avez faite si souvent de la simultanéité des troubles cutanés dans les affections mentales. Ces troubles sont tout à la fois effets et causes. C'est par la peau que pour la plus grande part se fait notre équilibre thermogénique ; mais de plus, comme je vous l'ai dit, notre rendement s'accroît en même temps que sa fonction devient plus parfaite.

J'espère, Messieurs, vous avoir démontré que l'hydrothérapie est d'abord une méthode scientifique qui ne peut donner des résultats concordants qu'à la condition de lui appliquer les lois de la physique et de la physiologie générale, et ensuite qu'il serait à souhaiter que le vieil antagonisme qui existe encore entre les sciences dites accessoires et la clinique dans l'enseignement de nos Facultés disparaisse.

M. MANHEIMER GOMMÈS, de Paris. — Dans les cas d'excitation générale avec barbouillage et scatophagie, la balnéation chaude prolongée agit bien. Par contre, chez certains arriérés instables habitués à être propres, la même balnéation a suscité le gâtisme volontaire. Dans ces cas, on se trouvera mieux, pour obtenir des effets sédatifs, du drap mouillé.

SÉANCE DU SAMEDI 5 AOUT

(MATIN)

Salle des Fêtes à l'Asile d'Aliénés.

M. le Dr A. Giraud, président du Congrès, donne lecture de la dépêche suivante de M. le Professeur Grasset, de Montpellier :

Montpellier, 4 août, 9 h. 50 soir.

« Vous remercie infiniment de votre dépêche et vous prie de remercier tous nos collègues, du grand honneur qu'ils m'ont fait et que j'accepte avec reconnaissance. Hommages. »

Signé : GRASSET.

Cette dépêche est acclamée par l'Assemblée.

M. le Dr A. POROT (de Lyon).

Morphologie et constitution du plexus brachial chez le nouveau-né. Signification physiologique. — En disséquant et dissociant avec soin le plexus brachial de plusieurs nouveau-nés, nous avons pu nous rendre compte de certaines dispositions anatomiques mal apparentes et mal décrites sur le plexus brachial de l'adulte.

Une surtout de ces dispositions nous a paru intéressante, et c'est sur elle que nous voudrions attirer l'attention à cause de sa signification physiologique.

On admet généralement chez l'homme qu'après s'être résolues en un certain nombre de troncs primaires ou secondaires décrits sur des modèles plus ou moins géométriques (X, Y) les fibres venues des racines se reconstituent en troncs nerveux périphé-

riques; à ce niveau alors on décrit deux plans : un plan antérieur de flexion (médian-musculo-cutané et cubital) et un plan postérieur d'extension (radial-circonflexe). mais ce clivage de fibres n'est apparent qu'à ce niveau seulement.

Fürbringer, pourtant, avait établi que chez certains vertébrés supérieurs (amphibiens, reptiles, oiseaux), cette séparation des nerfs de flexion et des nerfs d'extension existait sur toute la longueur du plexus, depuis la sortie médullaire des racines, jusqu'à la distribution périphérique ; et il avait pu ainsi décrire quatre couches de fibres en allant du côté dorsal au côté ventral.

L'intrication des fibres est trop grande, dans le plexus de l'homme, pour qu'on ait pu faire de semblables constatations.

Pourtant, Chemin, étudiant le plexus brachial chez le jeune gibbon, le singe anthropoïde qui se rapproche le plus de l'homme (il est le seul à posséder avec lui le fléchisseur propre du pouce indépendant) était arrivé par de patientes dissociations à séparer les nerfs de flexion et les nerfs d'extension jusque dans les racines rachidiennes. Il avait montré en particulier que dans les trois racines supérieures du plexus (C^{V}, C^{VI}, C^{VII}) on pourrait suivre cette division naturelle en deux faisceaux superposés, indiqués par un léger sillon longitudinal ; ces faisceaux, dit-il, sont accolés, non mélangés et se séparent facilement l'un de l'autre. Cette séparation existe pour chaque racine dès sa sortie du trou de conjugaison ; elle se poursuivait tout naturellement dans l'intérieur du plexus.

C'est une disposition presque analogue que nous avons pu retrouver chez le nouveau-né. Nous avions été amenés à disséquer le plexus dans un cas de paralysie obstétricale (dont nous publierons prochainement un examen anatomo-pathologique très complet) et c'est en disséquant le plexus sain pour faire la comparaison que nous avons pu nous rendre compte de la disposition suivante, recherchée et retrouvée chez deux autres sujets :

Chaque racine (surtout C^{V}, C^{VI} et C^{VII}) avant la constitution des troncs se sépare déjà très nettement en 2 faisceaux de fibres, un antérieur et un postérieur, à peine accolés et bien distincts sur la dernière portion du trajet radiculaire. Cette division ne peut être poursuivie aussi haut que chez le gibbon ; elle n'existe qu'à la fin de la racine, mais elle y est très nette et nous a paru constante.

Ce clivage commande toute la constitution du plexus. En effet, on voit très nettement les branches de division antérieure de C^{v}, C^{vi}, C^{vii} se réunir entre elles et constituer un tronc commun principal pour le médian et le musculo-cutané (dit racine supérieure ou externe du médian) que vient renforcer un gros faisceau antérieur venu du tronc commun des racines C^{viii} et D^{I} (racine inférieure ou interne du médian).

De même les branches de division postérieure de C^{v}, C^{vi}, C^{vii} constituent par leur fusion un tronc postérieur radio-circonflexe que vient renforcer un faisceau postérieur émané du tronc commun C^{viii} et D^{I}.

Nous avons pu relever d'autres détails anatomiques particuliers au plexus du nouveau-né, mais nous ne voulons ici que souligner cette disposition, cette division précoce, *radiculaire*, en fibres d'extension et en fibres de flexion.

Nous sommes heureux de pouvoir rapprocher nos conclusions de celles de Chemin pour le gibbon, et dire avec lui qu'*il y a dans chaque racine rachidienne un faisceau de fibres pour la flexion et un faisceau de fibres pour l'extension.*

La signification physiologique de cette observation anatomique est qu'on ne saurait admettre la théorie de la « *racine centre fonctionnel* » de Ferrier et Yves, de P. Bert et Marcacci ; chaque racine ne commande pas à un mouvement spécial. Du reste, cette conception physiologique du plexus est ancienne depuis longtemps, ruinée par les constatations de Forgue, de Russell. La racine n'a pas de systématisation physiologique ; les systématisations, les centres musculaires ou fonctionnels sont dans les cornes antérieures et le point intéressant serait de voir les rapports que chacun des deux faisceaux de la racine affecte avec les noyaux cellulaires de l'axe gris.

Mais il est un autre rapprochement que nous voulons faire à ce propos. Nous avons eu l'occasion d'étudier attentivement le mouvement chez le nouveau-né. Preyer et différents observateurs anglais ont publié, sur ce sujet, des constatations intéressantes. Dans les premiers jours de la vie extra-utérine, le nouveau-né ne possède que des mouvements et des attitudes simples et rudimentaires : flexion et extension avec pronation ; pendant plusieurs semaines tout se réduit à ce jeu simple ; la supination, les mouve-

ments du pouce, l'investigation digitale, les mouvements de manipulation et de préhension n'apparaissent que progressivement entre la 10e et la 30e semaine pour se perfectionner plus tard (Preyer, Mumford). D'autre part, nous venons de voir à quelle simplification presque schématique pouvait se réduire la structure du plexus brachial chez le même nouveau-né.

Il nous semble qu'*il y a correspondance entre la simplification anatomique du plexus brachial et la simplification physiologique du mouvement et des attitudes chez le nouveau-né.* La complication du mouvement et la complexité de structure se poursuivent parallèlement pendant le développement de l'individu.

Et, pour les partisans de l'évolutionnisme des espèces, on pourrait souligner ce fait que le plexus du nouveau-né se rapproche par sa structure plus simple et plus schématique de celui des animaux qui le précèdent dans la série, de même qu'à ce moment de la vie, les mouvements très réduits et très simples ne diffèrent en rien de ceux que l'on peut observer chez les vertébrés supérieurs les plus voisins. Mumford avait même donné à ces premiers mouvements spontanés une signification atavique, montrant qu'ils rappelaient certaines attitudes ancestrales ; il les avait nommés « survival movements » et montrait comment quelques-uns se perfectionnaient ou comment d'autres cédaient peu à peu la place à des mouvements volontaires plus différenciés. Ils servent, disait-il, à montrer la place que doit prendre dans l'évolution les membres antérieurs de l'homme.

Peut-être est-on autorisé, au même titre, à voir dans la structure un peu spéciale du plexus brachial du nouveau-né, le rappel d'une disposition anatomique ancestrale que l'évolution vient perfectionner.

M. A. MARIE, Médecin en chef des asiles, et M. VIOLLET, Interne du service.

Le sérum isotonique marin dans le traitement des maladies mentales. — Les injections de sérum marin isotonique, d'après la méthode de M. Quinton, avaient déjà donné d'appréciables résultats dans des affections diverses. M. Quinton

lui-même, en collaboration avec M. Robert Simon, avait traité par cette méthode dix-huit cas de tuberculose et, dans la majorité des cas, il avait obtenu d'indiscutables améliorations qui s'étaient manifestées par des signes très nets tels que : augmentation de poids, atténuations des symptômes et des signes stéthoscopiques.

Nous avons eu l'idée de tenter, sur les aliénés, les injections de sérum isotonique, et les résultats que nous avons obtenus ne laissent pas que d'être encourageants.

L'application du sérum marin au traitement des maladies mentales découlait d'ailleurs logiquement des idées de M. Quinton sur l'action de son sérum. Il s'agit, dit-il en substance, de replonger les cellules dans le milieu marin qui est le milieu premier de tous les êtres organisés, et de leur faire récupérer par ce moyen l'énergie vitale qu'elles ont perdue. Or les théories des psychiatres tendent, de plus en plus, à faire, de l'aliénation, la conséquence d'un amoindrissement général dans la vitalité des neurones et du tissu nerveux en particulier ; il était donc tout naturel d'appliquer aux affections dites psychiques un traitement qui réussissait dans les maladies somatiques.

D'ailleurs, nous le répétons, les résultats que nous avons obtenus ne sauraient prétendre à faire voir, dans le sérum marin, la panacée des maladies mentales, mais ils restent néanmoins encourageants.

Un des résultats les plus rapides qu'il soit donné d'observer par la médication au sérum marin, est le relèvement des fonctions digestives. La nutrition générale reçoit un bienfaisant coup de fouet : l'appétit renaît, la constipation, si fréquente chez les aliénés de tout ordre, disparaît.

Les mélancoliques habituellement mangent peu ; on doit souvent les alimenter soit à la sonde, soit à la cuillère. Le plus souvent l'alimentation par ces moyens reste insuffisante, ce fait contribue encore à aggraver l'état de misère physiologique dans laquelle ces malades sont plongés.

Les mélancoliques sont des constipés ; ils ont des estomacs atoniques dans lesquels on trouve presque toujours du clapotage. La fonction hépatique est également insuffisante ; souvent on a pu noter chez les malades une teinte ictérique des conjonctives, indice de résorption biliaire.

Grâce aux injections de sérum marin, une modification profonde se produit, la constipation cesse sans qu'on ait besoin de recourir aux lavements et aux purgatifs, les selles se régularisent; l'appétit renaît et la sitiophobie elle-même peut disparaître (Ilberg).

Ces heureuses modifications de l'appareil digestif ne tardent pas à réagir sur l'état général, le malade devient plus actif, parfois il engraisse dans une forte proportion. Chez les maniaques, nous avons vu le sérum marin produire sur l'état général une amélioration progressive; les fonctions digestives s'accomplissaient d'une façon plus régulière, quoique à leur arrivée les malades, sur lesquels nous avons expérimenté, fussent dans un état de déchéance et de misère physiologique très accentué.

Chez les paralytiques généraux, les fonctions digestives subissent des modifications fort variables suivant l'état du malade. Elles sont troublées dans les périodes dépressives de la maladie et à peu près normales dans la période expansive. Quand l'affection progresse et entre dans la phase démentielle, elles périclitent.

On sait combien gloutons sont les malades à ce moment; on connaît aussi la fréquence de la constipation chez eux et le rôle de cette constipation dans la genèse des ictus et élévations thermiques que l'on rencontre au cours de l'affection.

Sous l'influence du sérum marin, les paralytiques généraux peuvent échapper aux embarras gastriques et aux stases intestinales. Leur nutrition générale s'est relevée, et cette amélioration s'est traduite par une augmentation de poids chez la plupart.

Les fonctions digestives se sont également améliorées chez nos épileptiques soumis au sérum marin; la constipation est devenue moins opiniâtre, l'appétit plus vif, et dans certains cas on a pu constater une amélioration très marquée de l'état général.

On sait que, chez les mélancoliques, et notamment chez les mélancoliques à l'état de stupeur, le rapport du nombre de respirations au nombre des pulsations est de beaucoup inférieur à la moyenne physiologique; d'où une oxygénation beaucoup plus lente et bien moins complète du sang. Or, les expériences que nous avons tentées nous ont montré que le sérum a pour effet d'augmenter cette proportion, d'améliorer par cela même le chimisme respiratoire. La proportion des respirations aux pulsations,

étant, par exemple, de 17/85, après le traitement par le sérum marin, elle sera élevée à 17/65.

Ces modifications heureuses de l'hématose se manifestent cliniquement par le relèvement de l'état général caractérisé par l'accroissement final du poids et l'élévation du taux de l'urée par vingt-quatre heures.

D'après nos recherches particulières, ce sont les paralytiques généraux qui ont présenté les réactions les plus vives au point de vue du pouls et de la respiration ! Les épileptiques donnent, sous ce rapport, des résultats moins nets : les crises viennent, nécessairement, troubler les fonctions respiratoires. Quant aux délirants mélancoliques, leur rythme respiratoire et circulatoire paraît aussi influencé par le sérum marin de façon heureuse et durable.

Comme la respiration, la circulation est également influencée dans les maladies mentales. Les déprimés ont tous, à peu près, une tension sanguine inférieure à la normale. Sous l'influence du sérum marin, la tension se relève ; malheureusement dans plusieurs cas, cette élévation n'a été que passagère et la tension est retombée ensuite à son chiffre primitif.

Chez les paralytiques généraux, la tension initiale, plus instable, est commandée par l'état du système cardio-vasculaire.

Certains malades très artério-scléreux, à tendances congestives, ont une tension voisine de la normale ou un peu supérieure ; d'autres, déprimés et ralentis, ont une tension basse.

Chez ceux du premier type, la tension sanguine est rapidement accrue par l'ingestion du sérum marin, mais elle retombe ensuite légèrement et peut se maintenir au-dessous de la tension initiale ; à la longue les modifications générales sont minimes.

Chez les paralytiques généraux déprimés, les modifications de la tension se rapprochent de celles qu'on observe chez les mélancoliques.

Bien entendu, les fonctions d'élimination sont dans une grande mesure activées par les injections du sérum marin ; parfois nous avons vu la quantité d'urine doubler dans les vingt-quatre heures. C'est surtout chez les déprimés que ces phénomènes ont été le plus sensibles. La diurèse commence cinq à six heures après l'injection, persiste le lendemain et ne revient à la normale que le surlendemain (Pouchet).

Nos recherches ont porté sur 16 malades :

5 épileptiques ;

5 paralytiques généraux à accidents épileptiformes ou à escarres dorsales ;

2 déments séniles ;

4 déments précoces ;

Tous ces malades ont été l'objet d'observations méthodiques suivies, enregistrant l'état de leurs diverses fonctions, respiration, circulation, température, etc., avant, pendant et après le traitement, ainsi que les caractères chimiques de leurs éliminations urinaires.

Les épileptiques ont été diversement influencés par la médication.

Obs. I. — R... qui a eu, en moyenne générale, 400 crises ou vertiges par mois, a présenté, durant les deux mois où il fut soumis au traitement marin :

258 attaques diurnes ou vertiges ;

363 attaques nocturnes ou vertiges.

Soit une moyenne de 300 attaques mensuelles (100 en moins).

Poids avant le traitement, 77 kilogrammes.

Poids après le traitement, 78 kg. 5.

Urologie. — Le volume des urines de vingt-quatre heures est augmenté. De 750 cc. il a passé à 1,055 cc., il reste donc au-dessous de la normale.

La densité n'a pas été modifiée.

Les matières dissoutes minérales et organiques, éliminées, ont augmenté de un tiers et sont au-dessus de la normale.

L'urée a suivi une marche parallèle ainsi que l'azote total.

Les chlorures, qui étaient au-dessous de la normale, sont augmentés et ont atteint le chiffre normal.

L'acide phosphorique a augmenté, mais reste au-dessous du chiffre normal.

Obs. II. — B. H..., 58 ans, professeur. Epilepsie tardive datant de dix ans ; les crises, d'une fréquence progressive, sont arrivées à deux par semaines avec complication de délire transitoire incohérent consécutif à l'attaque, traitement bromuré sans succès depuis trois ans.

Seize piqûres ont paru enrayer la fréquence des crises et faire disparaître l'excitation intellectuelle délirante associée avec actes automatiques inconscients. Depuis six mois le malade mis en traitement a vu ses crises et le délire transitoire consécutif faire place à de simples vertiges quotidiens.

Obs. III. — E..., épileptique à troubles mentaux post-comitiaux, n'a pas vu le nombre de ses crises diminuer, mais seulement disparaître les obsessions impulsives dangereuses (homicide) qui se manifestaient d'ordinaire mensuellement. Nous considérons que ces troubles psychiques, équivalents de crises, ne sont pas guéris, mais leur manifestation a été suspendue ou atténuée durant le traitement.

Pas d'urologie complète;
Albumine et sucre néant;
Traces d'indoxyle;
Pas de pigments biliaires;
Rares hématies, oxalate de chaux;
Urates de soude et acide urique.

Obs. IV. — B..., épileptique simple, à crises rares, traité trois mois, a eu 4 crises peu accentuées durant ce laps de temps, alors que l'année précédente, durant le trimestre correspondant il en a présenté 7.

Ici et dans l'autre observation qui suit, nous n'avons pas pu faire la statistique du sujet avant l'expérience. Nous rapprocherons donc les chiffres trouvés des chiffres normaux.

Le volume dépasse beaucoup le volume normal. Les matières dissoutes éliminées sont élevées, ainsi que l'urée et l'azote total. Les chlorures dépassent la normale et l'acide phosphorique s'en éloigne peu (beaucoup moins que dans les cas observés précédemment).

Obs. V. — C..., 21 ans, menuisier. Convulsions jusqu'à six ans, retour des crises nettement comitiales depuis un an, une tous les deux mois, puis tous les mois lorsqu'il a été mis en traitement.

Traité en avril, mai, juin, et retour des crises, a un rythme bi-mensuel (crises nocturnes simples).

Malheureusement ce malade s'est contenté de cette amélioration et n'a pas continué le sérum marin.

Paralysie générale.

Obs. VI. — P..., paralytique général, en coma suite d'ictus épileptiformes avec aphasie transitoire.

Accès convulsifs, une série de 9, à l'entrée. Le sérum marin a fait cesser les crises, mais une nouvelle série d'ictus a provoqué une nouvelle application de sérum; le nombre des crises s'est réduit à 4, la série suivante a été réduite à 3 par le même moyen; série de 2 ictus, puis crise finale et rémission après continuation du sérum durant quatre mois sans crise ni aphasie nouvelle.

La suspension du sérum a été suivie de la reprise des crises au bout de quinze jours. Le traitement actuellement est repris et les crises de nouveau suspendues.

Obs. VII. — Br..., paralytique général tabétique, 2 crises épileptiformes en mars et 5 en avril provoquent l'emploi du sérum marin. Rémission consécutive des accidents épileptiformes ; le malade, qui était agité et en cellule, peut être ramené à l'infirmerie, où il dort sans inconvénient en salle commune.

Obs. VIII. — M..., paralytique général spécifique, a eu 3 ictus espacés en 1904 ; un ictus plus marqué en mars 1905 a provoqué la mise en traitement au sérum marin ; actuellement faible, mais remis de son attaque et en observation.

Vu l'état avancé de l'affection, le résultat est difficile à apprécier, d'autant plus que l'état de gâtisme a empêché les examens urologiques complets.

Obs. IX. — Deux paralytiques à maux perforants plantaires symétriques.

Chez l'un, traité au sérum marin durant deux mois, il y a eu demi-rémission des symptômes psychiques et physiques.

En particulier le mal perforant a présenté une phase de régression relative qui a pris fin lorsque les accidents cérébraux se sont de nouveau manifestés.

Obs. X. — Un dernier paralytique général a été également soumis au traitement et, à la suite d'une série de piqûres de sérum marin, est entré en rémission incomplète qui dure encore depuis plusieurs mois.

Démence.

Notons cependant que ce malade, qui niait ainsi que sa famille tout antécédent spécifique, a présenté, à la suite de la rémission très nette de son état physique et psychique, une ulcération du voile du palais avec perforation consécutive.

Obs. XI, XII, XIII. — Trois autres malades en état de cachexie ont cependant été soumis au sérum marin. Au point de vue de l'amélioration de leur état cachectique manifesté par des escarres du sacrum qui sont généralement considérées comme graves et progressives, deux sur trois ont été notablement et rapidement améliorées.

Démences précoces.

Obs. XIV, XV, XVI. — Deux de ces malades en état de catatonie ont vu leur état cataleptoïde s'améliorer nettement. L'un et l'autre sont sortis du mutisme et se sont agités, ils ont pu écrire, aller, venir, parler à leurs familles ; mais, avec le réveil de l'activité cérébrale relative, le réveil du délire est apparu chez l'un d'eux.

Au point de vue du poids, nous avons pu constater chez nos malades des résultats analogues à ceux obtenus par MM. Robert Simon et Quinton sur les tuberculeux ; tous, sauf trois, ont augmenté de poids.

AVANT LE TRAITEMENT			APRÈS LE TRAITEMENT		
Guil....	58	kilogrammes	64	kilogrammes.	
Bach...	71	—	72	—	
Mel....	80	—	86	—	
Rog....	77	—	78	—	500.
Dur....	75	—	66	—	
Boul...	80	—	78	—	500.
Brun...	65	—	64	—	500.

Ainsi l'action du sérum marin comme stimulant et récupérateur du potentiel de l'organisme paraît établie ; toutes les fonctions subissent une amélioration sensible et même durable puisque les malades augmentent de poids. Mais peut-on maintenant espérer la guérison ou tout au moins l'amélioration de l'affection mentale elle-même ?

Quelques épileptiques ont vu leurs accès s'éloigner ; mais leur état démentiel, comme celui de nos paralytiques généraux, est resté tel ; on ne peut demander à la sérumthérapie de faire ce qu'aucune médication n'est capable de faire : ranimer les cellules détruites ; si le sérum ne peut guérir, il est un des bons moyens à employer pour faire marquer un temps d'arrêt au processus morbide, et chez plusieurs paralytiques nous avons obtenu, non seulement l'amélioration de l'état physique, mais aussi la disparition des troubles mentaux et nerveux accessoires : accès épileptoïdes et d'agitation, sitiophobie, troubles hallucinatoires variés greffés sur le fond démentiel de l'affection. Contre ce dernier, nous le répétons, on ne peut rien, puisqu'il correspond à la destruction des neurones.

Des mélancoliques, des maniaques, des confus qui devaient greffer une infection, une intoxication sur leur terrain, pour la plupart héréditairement prédisposé et avaient déliré à l'occasion de cette intoxication et de cette infection, peuvent s'améliorer ou

même guérir par le sérum artificiel adjoint au repos, à l'isolement, à la disparition des causes provocatrices, le sérum ne les guérissant pas seul, mais hâtant la convalescence par le lavage du sang et par l'action excitante élective sur le système nerveux que lui reconnaissent les auteurs.

Nous avons employé un sérum marin isotonique stérilisé à froid, c'est-à-dire traité comme un véritable liquide vivant. Pour le priver de bactéries et le mettre en ampoules, on a pris les précautions que l'on prend pour obtenir des liquides opothérapiques injectables.

Les doses ont été de 100 cc. tous les cinq jours. Le traitement a duré deux mois, les réactions thermiques ont été modérées, oscillant entre 5 dixièmes et 9 dixièmes de degré dans l'heure consécutive, avec oscillations descendante dans les vingt-quatre heures. Les paralytiques se marquent par une action plus immédiate, plus vive et moins durable. Nous allons poursuivre nos recherches en injectant aux malades des doses plus fortes ; nos résultats seront peut-être plus nets.

On pourrait nous demander ce qui agit dans le sérum marin?

Il est impossible actuellement de répondre à cette question. On a pu caractériser trente-et-un corps dans l'eau de mer. On ne peut donc pas assimiler l'action de ce sérum marin à celle du sérum salé ordinaire, qui ne contient que du chlorure de sodium. De plus, le rein élimine dans l'unité de temps, avec le sérum artificiel, une molécule liquide et une molécule solide, tandis que, pendant le même temps, le rein élimine 1,9 molécule liquide et 2 molécules solides, avec le sérum marin (Quinton). Il n'y a donc pas d'analogie à établir entre les actions physiologiques de ces deux sérums.

MM. les Drs A. MARIE, médecin en chef à Villejuif, et VIOLLET, interne des Asiles.

Albumo-diagnostic. — MM. les Docteurs A. Marie, médecin en chef à Villejuif, et Viollet, interne des Asiles, ont poursuivi sur un certain nombre d'aliénés, en particulier des paralytiques,

l'étude du liquide céphalo-rachidien à l'aide des ponctions en série et de l'albumo-diagnostic.

Comme MM. Marie et Duflot l'avaient antérieurement fait pour la lymphocytose, MM. Marie et Viollet ont soumis un certain nombre de malades à la ponction périodique.

Ils se sont demandé, en effet, si la proportion de l'albumine du liquide céphalo-rachidien pathologique progressait en raison directe de la maladie et s'il y avait variation dans cette proportion selon les fluctuations possibles du processus pathologique (rémissions, ictus, influence de certains moyens thérapeutiques, etc.)

Ils ont ponctionné, tout au début de leur maladie, des malades dont le diagnostic même était encore douteux. Dans certains cas, ils ont trouvé une assez forte proportion d'albumine, 1 milligr. par centimètre cube, tandis que chez d'autres paralytiques, malades depuis longtemps, déprimés et cachectiques, cette proportion était sensiblement inférieure à celle trouvée chez les malades précédents. Un paralytique saturnin en rémission n'avait plus d'albumine, un hémiplégique syphilitique en avait des traces marquées. — Comme pour les variations de la formule leucocytaire avec les diverses phases cliniques ou les ictus de la paralysie générale, l'albumo-diagnostic montre une altération du liquide céphalo-rachidien plus marquée au début de l'affection et dans les phases de poussées aiguës.

Rappelons brièvement, en terminant, la technique de l'albumo-diagnostic :

1° Recueillir le liquide céphalo-rachidien dans un tube à essai. En moyenne 2 centimètres cubes ;

2° Précipiter la sérine, albumine normale du liquide céphalo-rachidien, avec une solution concentrée de SO^4Mg. en volume égal au liquide céphalo-rachidien ;

3° Filtrer ;

4° Chauffer le liquide filtré. Il devient louche dans les cas de paralysie générale et de tabès.

M. Maurice FAURE.

L'incoordination des muscles de la respiration chez les ataxiques et son traitement. — L'incoordination des muscles de la respiration chez les ataxiques ne semble pas avoir beaucoup attiré l'attention, jusqu'ici, et l'on pourrait croire qu'il n'existe, chez ces malades, d'autres troubles respiratoires que les troubles laryngés. En réalité, il n'en est point ainsi et tous les muscles qui interviennent dans la respiration peuvent être atteints d'incoordination, d'atonie et d'asynergie, tout comme les muscles de la marche ou de la préhension.

Les muscles de la respiration peuvent être divisés en trois groupes : 1° les muscles moteurs du thorax proprement dits, qui en modifient les diamètres horizontaux en relevant ou en abaissant les côtes ; — 2° le diaphragme, qui, en changeant de place et de surface, modifie les diamètres verticaux du thorax ; — 3° les muscles intercostaux, qui s'opposent par leur tonicité à la pression atmosphérique qui tend à déprimer le thorax lorsqu'il se dilate. Nous avons observé des troubles correspondant aux fonctions de ces trois groupes de muscles :

1° L'incoordination, ou le défaut de synergie, des muscles élévateurs et abaisseurs des côtes immobilise la cage thoracique, ou l'empêche d'exécuter utilement les mouvements de la respiration costale. — 2° Le défaut de tonicité du diaphragme fait qu'il est aspiré dans l'intérieur du thorax, au moment de l'inspiration ; ainsi le supplément d'appel d'air qui peut résulter d'une contraction normale de ce muscle est supprimée. D'autre part, la compression qu'il exerce sur les viscères abdominaux et d'où résultent la miction et la défécation, n'existe plus : tout le mécanisme de l'effort est compromis. — 3° Enfin, l'atonie des muscles intercostaux fait qu'au moment de l'inspiration les espaces sont déprimés, et qu'ils se gonflent dans l'expiration.

Les conséquences de ces troubles sont : *a*) L'insuffisance respiratoire, avec la pâleur des téguments, le ralentissement de la nutrition générale, le manque de force et de vitalité qui en résulte. — *b*) L'infection aiguë ou chronique des voies respiratoires avec les bronchites, les grippes, voire même la tuberculose. — *c*) La paresse des fonctions digestives, la constipation, la gêne de la

miction et tous les troubles abdominaux qui résultent de l'insuffisance diaphragmatique.

Dans les cas légers, l'examen clinique ne révèle que l'amaigrissement, l'émaciation des masses musculaires thoraciques et les troubles respiratoires que nous venons d'énumérer. — Dans les cas graves, il se produit de véritables accès d'asphyxie, pendant lesquels la respiration est presque complètement supprimée. Ces accès, dus à un état maximum d'incoordination, sont absolument comparables aux accès paraplégiques de l'ataxique, momentanément incapable de se tenir debout, par suite d'une exagération de son incoordination habituelle.

Ces accidents peuvent s'expliquer anatomiquement ainsi : la respiration est une fonction motrice qui ne peut exister qu'à la condition que les muscles du cou, du thorax, et de l'abdomen accomplissent leur fonction. Or ces muscles, très nombreux, sont innervés par des rameaux des plexus cervicaux et brachiaux, — des nerfs dorsaux, — du spinal, — du plexus lombaire ; — par pneumogastrique, le phrénique et les intercostaux. Les centres moteurs de ces nerfs sont échelonnés tout le long de la moelle, depuis le bulbe jusqu'aux lombes. Sans contester l'existence d'un centre principal de la respiration siégeant dans le bulbe et mis en activité par l'influence du sang chargé d'acide carbonique ; on doit admettre aussi des actions synergiques des centres moteurs que nous venons d'énumérer et dont les fonctions sont réglées, comme celles des autres centres moteurs, par des sensations musculaires, articulaires, etc. Il s'en suit que les lésions tabétiques produisent l'incoordination du diaphragme, par exemple, ou des muscles intercostaux, exactement par le même mécanisme que l'incoordination des muscles postérieurs de la cuisse ou du jambien antérieur, c'est-à-dire, en interposant un obstacle entre les centres moteurs médullaires et les régions qui adressent à ces centres les sensations qui règlent la motricité. Et l'étendue même des étages de moelle occupés par les centres moteurs des muscles respiratoires montre que la fonction de la respiration doit être souvent entamée, ou compromise, chez les tabétiques ataxiques.

Il est possible de traiter ces troubles moteurs par des exercices méthodiques. On peut objecter que, si l'éducation des mouvements

semble s'appliquer naturellement aux fonctions motrices de la vie de relation (qui sont toujours l'objet d'une éducation dans l'enfance), son action est moins facile à admettre lorsqu'elle s'exerce sur les fonctions de la vie de nutrition. Mais il suffit de rappeler combien les actions psychiques modifient la respiration pour comprendre combien l'attention, la volonté, l'intelligence, pourront, en ce cas, comme dans d'autres désordres de fonctions motrices, exercer une action curatrice prépondérante. Les muscles de la respiration ne sont-ils pas soumis à l'action de la volonté ? — Ne peut-on, à son gré et avec un peu d'entraînement, contracter isolément le diaphragme, les élévateurs des côtes, les abaisseurs, etc ? — L'éducation sociale ne crée-t-elle pas des types artificiels de respiration, comme la respiration costale chez la femme (à cause du corset) et la respiration diaphragmatique chez l'homme ? — La gymnastique respiratoire, telle qu'on la pratique en Suède par exemple, ne modifie-t-elle pas le mode, le rythme, l'amplitude, la profondeur de la respiration ? — Enfin, expérimentalement même, n'a-t-on pas démontré l'existence, chez le chien, de centres corticaux régulateurs de la respiration ?

Les résultats cliniques sont d'ailleurs évidents : l'attention, l'intelligence, la patience, la bonne volonté de l'ataxique bien guidé, peuvent triompher des troubles que nous venons de décrire. Dans les cas que nous avons étudiés, des exercices élémentaires s'adressant systématiquement aux muscles incoordonnés, suivis d'exercices de respiration mettant en jeu des coordinations plus compliquées, — des massages, des courants faradiques, dirigés contre l'atonie et l'émaciation des muscles immobilisés par une longue oisiveté, ont permis de rendre à nos tabétiques la possibilité de respirer, tantôt avec le diaphragme, tantôt avec les côtes, alors que l'une ou l'autre respiration était chez eux abolie, ou que les deux étaient compromises.

Après quelques semaines, on voit s'améliorer, puis disparaître, les signes locaux d'incoordination respiratoire. Les infections bronchitiques banales, qui en étaient le résultat, disparaissent après quelques mois. Les fonctions digestives, la défécation et la miction deviennent plus aisées (par suite de la meilleure contraction du diaphragme). Enfin, la vie ne tarde pas à être plus active et les forces plus grandes, par suite d'une meilleure nutrition

oxygénée, qui rend possibles un peu d'exercice physique, une alimentation plus considérable, etc.

Ces résultats ne sont pas sans intérêt, car la cachexie et la mort qui peuvent résulter de l'infection bronchique, de la grippe, et de la tuberculose, ne sont pas rares dans le tabès. C'est-à-dire que l'atonie et l'infection secondaire de la cavité respiratoire, pour être moins fréquente chez le tabétique que l'atonie et l'infection secondaire de la cavité vésicale, n'en constituent pas moins un danger considérable.

M. le Dr MANHEIMER-GOMMÈS.

Balnéothérapie et gâtisme volontaire. — Dans plusieurs mémoires sur le gâtisme au cours des maladies mentales (1), j'ai étudié cette forme curieuse de gâtisme volontaire qui s'accompagne de barbouillage (barbouillage du corps, barbouillage des murs, scatophagie), On la note dans des états d'agitation. C'est le cas le plus fréquent. Mais aussi dans bien d'autres conditions. Aussi j'ai cité cette observation, que je dois à l'obligeance de M. Briand, d'une dégénérée héréditaire à forme de paranoia originelle, d'ailleurs peu active, dont le gâtisme et surtout le barbouillage constituaient l'occupation de la journée entière : les efforts de défécation étaient incessants et la malade salissait méthodiquement tout ce qui se trouvait à sa portée. — J'ai insisté sur cet effet particulier de la mise en cellule, dans certains asiles, qui pousse aux actes sauvages et malpropres. En somme, à côté des idées finement délirantes et des impulsions maniaques, c'est le caprice du moment, aidé par l'inoccupation asilaire et la perversion de l'instinct, qui cause primitivement toute cette malpropreté. Ensuite, très rapidement, l'acte commis d'abord une fois, par hasard, tourne à l'habitude.

Y a-t-il quelque rapport entre ce gâtisme volontaire et la balnéothérapie ?

(1) En particulier, *Le gâtisme au cours des états psychopathiques*. Alcan 1897.

Dans le plus grand nombre de cas, le bain améliore l'agitation, diminue l'éréthisme général, le gâtisme disparaît — ou s'améliore — par cela même.

Mais il n'en est pas toujours ainsi.

J'appelle l'attention sur plusieurs cas que j'ai observés, où le bain, loin d'amender le gâtisme, l'a, bien au contraire, provoqué. En particulier, une fillette de 10 ans que je soigne pour de l'idiotie acquise (idiotie du premier degré sur les limites de l'imbécillité avec instabilité mentale et motrice, tendance aux mouvements automatiques, crises et vertiges épileptiques) a pu être, depuis deux ans, par une surveillance attentive, habituée à faire proprement ses besoins. Pour cela, on l'a grondée de ses premières malpropretés, et engagée, par contre, par des caresses à indiquer le moment du besoin : c'est ce qu'on fait en somme dans le dressage d'un certain nombre de petits animaux domestiques. La fillette prend sa garde par la main, et la mène dans la direction des cabinets d'aisance. C'est la un grand progrès : un enfant qui faisait continuellement dans ses vêtements, aussi bien au moment des crises épileptiques qu'en dehors d'elles.

Pour combattre l'instabilité et l'hyperexcitabilité générales, je prescrivis, il y a quelques mois, des bains prolongés : 3 heures de durée. Pendant quelques jours tout alla bien, l'agitation se calma, les crises s'espacèrent même. — Mais un jour, dans le bain, la petite malade urina et déféqua, ce qu'elle ne traduisit par rien, elle n'appela pas, ni ne fit aucun signe : l'infirmière vit simplement l'eau souillée. L'enfant fut retirée, mise sur le vase. Elle ne fit pas.

Les jours suivants, on la mit par précaution sur le vase avant qu'elle n'entrât au bain. Elle se refusa à faire ainsi, et c'est dans le bain dorénavant qu'elle urina et déféqua.

En même temps apparaissaient le barbouillage et la scatophagie.

On dut, finalement, interrompre toute espèce de bains.

Bien-être général du corps trempé dans l'eau tiède, relâchement musculaire favorisant le relâchement sphinctérien, ou perversité instinctive se manifestant capricieusement, ainsi les premiers jours, puis tendant, les fois suivantes, à se répéter automatiquement; quelle que soit l'explication, le fait demeure. C'est dans des cas de ce genre, que le drap mouillé remplace avantageusement, dans un but sédatif, le bain prolongé.

M. le Dr MANHEIMER-GOMMÈS.

Hémiplégie intermittente d'origine albuminurique chez une fillette. — On a décrit, bien des fois, dans l'urémie confirmée des manifestations hémiplégiques, qui présentent ces caractères : mobilité, disparition rapide, bénignité en elles-mêmes, et s'accompagnent quelquefois de troubles de la zone du langage. Elles apparaissent souvent avec le coma et disparaissent avec lui. Anciano leur a récemment consacré une revue d'ensemble (hémiplégie urémique. *Revista medica Cubana*, août 1903).

Des hémiplégies semblables peuvent arriver au cours de néphrites silencieuses, en dehors de tout symptôme d'urémie. Nous en avons observé un nouveau cas chez une petite fille d'apparence très bien portante. Elle s'est montrée d'une manière intermittente et a chaque fois coïncidé avec une poussée d'albuminurie qui manquait dans leur intervalle.

Il s'agit d'une fillette de 8 ans, que sa mère m'amena à ma consultation du dispensaire le 6 mai 1904, pour une hémiparésie gauche, qui avait débuté brusquement. Étant à l'école, l'enfant, prise du besoin d'uriner, avait demandé à la maîtresse de sortir, mais sans succès : elle fut obligée d'attendre jusqu'à la fin de sa classe, revint en hâte chez elle, et sentit, dans le trajet, un malaise anormal : en même temps, elle s'apercevait qu'elle traînait la jambe.

Je trouve, à l'examen, tous les signes d'une hémiplégie (membre supérieur et membre inférieur) légère C'est plus qu'une hémiplégie, une monoplégie brachiocrurale, car le facial inférieur est absolument indemne. Réflexes tendineux peut-être un peu diminués à gauche, réflexe abdominal de même. Sensibilité normale. Appareil du langage normal. Aucun trouble visuel.

Un examen immédiat des urines montre une albuminurie légère : 0. 50 par litre environ.

Auscultation du cœur normale.

Comme troubles subjectifs, citons seulement une sensation de picotements dans la zone de la cuisse, répondant à la distribution du nerf fémoro-cutané (du côté parésié).

Après quelques jours de régime lacté, tout disparaît, hémiplégie et albumine.

Une crise absolument semblable — sans la cause occasionnelle de la première fois, cependant — se reproduisit en décembre 1904. L'hémiplégie, qui cette fois est apparue spontanément, siège du même côté, c'est-à-dire à gauche. — Les urines contiennent de l'albumine, à peu près en même quantité que la fois précédente. De l'indican. — Disparition rapide, après quelques jours d'alimentation purement lactée.

Rien ne s'est plus montré depuis, ni parésie, ni albuminurie (l'examen a été fait à intervalles).

Dans les antécédents de cette fillette, on trouve quelques convulsions, à l'âge de 2 ans, mais de peu de gravité et de durée (les parents, que je connais, ne sont nerveux ou alcooliques, ni l'un ni l'autre; une sœur, plus âgée de 5 ans, est fort bien portante). — La seule maladie grave a été, vers l'âge de 3 ans, une scarlatine, et une scarlatine sans angine, alors que la sœur de la malade faisait, en même temps, une scarlatine complète. Les urines, à cette époque, ne furent jamais examinées. La maladie a guéri, sans aucun incident apparent. On n'a jamais eu non plus l'occasion de faire, par la suite, aucun examen d'urines.

Nous insistons sur cette scarlatine, qui est vraisemblablement la cause primitive de tous les accidents. Elle a laissé comme sequelle, sans aucun doute, une néphrite à évolution silencieuse. On sait aujourd'hui combien sont nombreuses les altérations rénales consécutives à la scarlatine, qu'il s'agisse de néphrite prolongée ou de néphrite chronique, avec atrophie rénale. En interrogeant soigneusement 35 albuminuriques, Heubner a trouvé 25 fois la scarlatine dans leurs antécédents.

Nous éliminons donc, dans notre cas, toute supposition de ces albuminuries dites physiologiques, causées ou plutôt favorisées par des digestions, des bains froids, des secousses morales, des fatigues intellectuelles. Il n'y a rien eu de tel chez cette petite fille. — Aucun signe, non plus, d'une maladie de Pavy ; — Il nous faut insister davantage sur l'hypothèse de l'hystérie, qui doit être aussi éliminée. Certes, il y a des signes communs entre les hémiplégies hystériques et quelques hémiplégies dans des intoxications : l'apparition rapide, la courte durée, le manque de suites. Mais notre jeune malade n'a aucun signe ni d'hystérie, ni de nervosisme. Aucun trouble de la sensibilité La coïncidence,

chaque fois, de l'albuminurie rend d'ailleurs ce diagnostic peu vraisemblable.

C'est donc une néphrite chronique. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que nous ne trouvons aucun signe d'insuffisance urinaire (étourdissements, céphalée, oppression). L'hémiplégie est, dans cette observation, un symptôme bien isolé. — Comparons-la, cependant, aux hémiplégies du cours des néphrites aiguës de la scarlatine ou des 15 premiers jours du *post partum*, accompagnées de dyspnée et de convulsions.

La pathogénie doit être la même. En dehors des cas d'hémorrhagie cérébrale et de thrombose, ces hémiplégies urémiques relèvent d'un des deux mécanismes suivants : œdème de la région rolandique (quelques cas d'œdème ont été constatés à l'autopsie), ou intoxication passagère des cellules pyramidales.

Pour notre cas, on peut recourir aux mêmes explications pathogéniques. Nous pencherions cependant plus volontiers pour l'œdème, favorisé, naturellement, par la diminution du taux de l'albumine ou la rétention d'eau dans le sang propres à la néphrite. Les localisations de l'œdème obéissent à la pesanteur (chevilles, mollet, testicule), mais peuvent y échapper : qu'une autre cause ralentisse en un point donné la circulation veineuse de retour, et l'œdème y est possible, mécaniquement. L'effort prolongé qu'a fait la petite fille pour se retenir d'uriner, au cours duquel l'hémiplégie s'est brusquement déclarée, peut très bien avoir produit une stase particulière dans la circulation cérébrale, dans quelques-unes des veines sylviennes par exemple ; on sait l'importance du système veineux cérébral, chez l'enfant. Il est, de plus, avéré, depuis les expériences de François Franck, qu'il y a congestion cérébrale pendant l'effort, avec détente brusque au moment où il cesse. Nous croyons donc ici l'hypothèse mécanique beaucoup plus satisfaisante que l'hypothèse d'une imprégnation cellulaire autotoxique, d'autant qu'il n'y a eu, encore une fois, ni suppression ni ralentissement dans l'excrétion des urines, ni troubles de l'état général préludes de l'empoisonnement urémique. Le lieu de moindre résistance une fois créé, l'œdème s'y reproduit à la première occasion.

Dr MANNHEIMER-GOMMÈS.

Éreuthose Émotive Conjonctivale. — On commence à mieux comprendre les rapports des émotions avec les modifications vaso-motrices nombreuses qui les accompagnent et sont appréciables objectivement. D'autre part, l'étude de la peur obsédante de rougir a montré que certains phénomènes idéatifs sont suffisants à susciter et l'émotion et le trouble vaso-moteur qui la traduit, c'est-à-dire la coloration rouge de la face. MM. Pitres et Régis, Breton, Campbell et nous-mêmes (*Méd. moderne*, 1897, n° 8) en avons relaté les premiers cas. MM. Pitres et Régis qui, depuis, ont publié sur cette affection un mémoire définitif (*Les obsessions et les impulsions*, 1902), distinguent l'*éreuthose simple* : l'individu rougit facilement, — l'*éreuthose émotive* où il y a honte et irritation du fait de rougir si facilement, — l'*éreuthophobie* enfin, où la préoccupation de la rougeur constitue une des plus tenaces et pénibles obsessions.

Les crises de rougeur qui apparaissent ainsi siègent à la face, s'arrêtant au cou. Pourquoi cette localisation ? Parce que la peau de la face est particulièrement fine, la vascularisation abondante. Il y a là, pourrait-on dire, en même temps qu'un centre vasculo-mimique, par la multiplicité et la mobilité des muscles sous-jacents, un centre vasculo-mimique tout aussi important, toute émotion de nature pénible ou de nature agréable venant plus ou moins se traduire sur la physionomie par de la vaso-constriction ou de la vaso-dilatation.

La localisation de ce qu'il y a d'objectif dans la névrose émotive en question est donc la peau de la face. C'est le cas général.

Nous pensons que toute autre région vasculaire, où pour une raison quelconque elle parvient à occuper l'attention de l'individu, peut être l'origine de troubles vaso-moteurs amenant eux-mêmes des réactions émotionnelles plus ou moins intenses et servir ainsi de base à un syndrome comparable de tous points à celui de l'éreuthose et de l'éreuthophobie habituelles. Il en est ainsi pour les artères de l'œil, plus exactement de la conjonctive bulbaire.

Rappelons que les artères de la conjonctive, en dehors même de la zone, très fournie, qu'elles forment autour de la cornée et qui constitue un réseau spécial, sont aussi très riches dans toute

leur distribution dite palpébrale, c'est-à-dire tout le reste (la majeure partie) de la conjonctive bulbaire, et que leur vascularisation est influencée par les affections si nombreuses, inflammatoires ou autres, de toute cette région.

Nous allons trouver localisé dans l'observation suivante, le syndrôme idéatif, affectif et vaso-moteur, survenant chez un homme moyennement nerveux, à la suite d'un traumatisme de la région : ce traumatisme constitue le choc émotionnel primitif qu'on trouve à l'origine des affections de ce genre.

R..., 42 ans, quincaillier.

Bonne corpulence. Teint coloré.

Quoique sans grande culture intellectuelle, il réussit bien dans ses affaires, et répond très convenablement et simplement à l'interrogatoire médical.

Ce malade, que j'examine médicalement à un tout autre point de vue (contrat d'assurance sur la vie), n'attire nullement mon attention sur ses troubles mentaux, que je ne découvre que par hasard.

Il a été réformé, dit-il, du service militaire, pour une amblyopie congénitale de l'œil droit. De cet œil il perçoit bien la lumière et même les objets éclairés, mais sans pouvoir distinguer les objets.

Quelques années plus tard, sur le point de se marier, il se fait opérer d'un strabisme interne accentué, au globe oculaire du même côté. Cette opération, nous le rappelons en passant, comprend la section de la conjonctive, à laquelle on peut faire un pli avec une pince à griffes; on coupe le pli conjonctival à sa base, on glisse la pointe des ciseaux mousses dans cette ouverture, et l'on débride le tissu sous-conjonctival dans une étendue de 1 centimètre environ, en se dirigeant vers ce tendon du muscle, ici le droit interne, on introduit un crochet mousse au-dessous du tendon, et l'on sectionne. — L'opération fut pratiquée par le Dr D..., et réussit assez bien. Nous disons assez bien, parce que le malade, encore aujourd'hui, conserve du strabisme, à un très léger degré il est vrai.

L'œil ainsi opéré présente, sur sa conjonctive bulbaire, un aspect normal, comme l'autre côté, par exemple, qui n'a jamais été touché et est parfaitement sain.

Mais voici ce qui est curieux. Le malade est émotif, et chaque fois qu'il entend parler, devant lui, de blessure accidentelle de l'œil, d'opération entreprise sur l'œil, il ressent une émotion assez forte : c'est alors que ses conjonctives deviennent rouges, tout d'un coup. Lui-même ne s'en aperçoit pas tout d'abord, mais son entourage le remarque et le lui dit. Il ressent, alors et alors seulement, un léger larmoiement, et une petite sensation de lourdeur dans les paupières.

Le phénomène dure quelques secondes. Il disparaît aussi brusquement qu'il est survenu.

La cessation coïncide avec la fin de l'allusion faite devant lui au traumatisme oculaire, « quand la conversation change de sujet ».

Pendant tout le temps de la rougeur conjonctivale, le malade se sent ennuyé, contrit : il éprouve un vrai soulagement, une vraie détente quand c'est fini.

La rougeur des yeux n'apparaît jamais que dans des cas de ce genre. Jamais il ne souffre de conjonctivite, jamais il n'éprouve de douleurs proprement dites de l'œil ou de la région oculaire. Même quand il va en voiture, contre le vent — seule occasion où ses yeux se trouvent blessés — il sent ses paupières se plisser, mais rien d'autre. Et la rougeur conjonctivale est, ici encore, absente.

M. Ro... se dit et est, croyons-nous, bien portant. Son caractère est seulement un peu irritable. Il s'emporte assez souvent contre ses employés jeunes et inexpérimentés : mais il se radoucit très vite et est le premier à leur trouver des excuses. — Nous avons dit qu'il était émotif : lors des émotions ordinaires, il pâlit. Lors d'émotions assez fortes (par exemple, quand on lui a annoncé la mort de son frère) il est pris, en plus, de tremblement.

De légers signes d'alcoolisme chronique : quelquefois des cauchemars, des crampes dans les jambes, un tremblement fibrillaire très léger de la langue. Les doigts ne tremblent pas. — M. R... dit boire un petit verre tout à fait rarement. — L'enquête faite par la Compagnie d'assurances le représente comme un homme sobre et rangé.

Il n'est ni hypocondriaque ni mélancolique. Pas douillet, il se flatte de ne jamais consulter le médecin de sa famille. Aucun signe de nervosisme antérieur.

Toutes les fonctions physiques sont bonnes (cœur, poumon, appareil digestif, rein), et sur mon rapport le postulant est accepté par la Compagnie.

Ajoutons que son père est mort accidentellement et que sa mère, un peu nerveuse peut-être dans sa jeunesse, a actuellement 70 ans et est bien portante. Un frère mort de pneumonie ayant duré trois mois. Impossible d'avoir d'autres renseignements sur l'hérédité.

Les points suivants de cette observation sont à remarquer :

1) Le trouble vaso-moteur surgit, d'emblée, lors d'un certain groupe de représentations mentales dans une région vasculaire (où il n'a d'ailleurs pas encore été noté), un ancien traumatisme local, ayant certainement amené par lui-même des lésions congestives en son temps, servant d'appel.

2) Le rappel de ces représentations liées au globe de l'œil amène la rougeur objective de ce même œil et aussi, sympathiquement

et en même temps, de l'autre, de même que la rougeur de la face de l'éreuthophobe, qui est bilatérale et symétrique.

3) Il y a sentiment de gêne pendant la crise, sentiment d'apaisement consécutivement à la crise, c'est-à-dire, en somme, tous les éléments d'une anxiété paroxystique à contenu idéatif ébauchant le syndrôme habituel de l'obsession. — On s'occupe beaucoup actuellement des moments relatifs d'apparition de l'idée et de l'émotion, car les états affectifs tendent de plus en plus à être considérés comme ceux qui sont primitifs et autonomes. Il faudrait faire cette recherche ici. Le malade de notre observation est malheureusement d'une mentalité peu propice à une analyse psychologique fine. Voici cependant ce qu'on peut dire : A première vue, c'est le phénomène intellectuel qui commence, puis vient le trouble vaso-moteur, puis enfin l'émotion : l'individu 1° se rappelle l'opération, 2° sa conjonctive rougit, 3° il en souffre. En réalité, il nous paraît que le trouble vaso-moteur concomitant avec l'idée du début est bien associé, déjà, lui-même, avec une émotion légère. Le souvenir du traumatisme, dès son évocation, se voile certainement d'une teinte affective pénible, et ne peut être évoqué autrement que comme cela. Mais cette émotion, toute de début, n'empêche nullement la venue de la véritable émotion, celle dont il a conscience, qui n'arrive qu'un peu après et dure tout le temps du trouble suggestif, disparaissant avec lui. Celle-ci est bien une émotion d'irritation, de confusion, d'anxiété, de nature à amener, avec le temps, une véritable éreuthophobie conjonctivale.

M. le D[r] LANNOIS, Agrégé, Médecin des hôpitaux de Lyon.

Atrophie musculaire du type Aran-Duchenne d'origine syphilitique. — Le rôle joué par la syphilis dans l'étiologie de l'atrophie musculaire progressive spinale (type Aran-Duchenne) est une question encore à l'étude.

Graves (1) a rapporté, d'après Cooke, l'observation d'un officier qui, en 1795, vit se développer une affection paraissant répondre

(1) Graves, *Clin. Lectures on Practice of medicine*, t. I, p. 509.

à l'atrophie musculaire progressive et qui, en 1800, s'étant soumis à un traitement mercuriel, vit la maladie s'arrêter et rester stationnaire.

Niepce[1] a publié l'intéressante observation d'un médecin qui s'était traité par les moyens les plus divers (moxas, vésicatoires, strychnine, hydrothérapie, eaux sulfureuses, etc.), qui eut enfin l'idée que la syphilis jouait un rôle dans son affection, se mit au traitement ioduré, vit l'atrophie s'arrêter, les muscles se réparer peu à peu et, au bout d'un an, « était en pleine voie de guérison ».

Hammond[2] cite la syphilis comme pouvant être quelquefois la cause de l'atrophie musculaire et il rapporte le cas d'un malade ayant une atrophie d'origine syphilitique probable qu'il soumit à un traitement ioduré d'intensité progressive (jusqu'à 8 gr. par jour), ce qui fit disparaître les tremblements fibrillaires et enraya complètement la maladie.

Mais tous ces faits étaient oubliés ou méconnus lorsque Raymond[3] fit, à la Société Médicale des hôpitaux, en 1893, une importante communication sur ce sujet. Se basant sur deux cas personnels dont un avec autopsie, sur une communication orale de Fournier et sur deux observations qu'il avait recueillies antérieurement pour Vulpian, il admit le rôle de l'infection syphilitique dans le développement de certaines amyotrophies. A la même séance. Rendu citait un cas analogue et ajoutait que le rôle pathogénique de la syphilis lui paraissait indiscutable.

Malgré cela la remarquable communication de Raymond ne porta pas. En 1897, au Congrès de Moscou, Vizioli[4] cita cependant un cas où la syphilis, prise par son sujet à 20 ans, lui paraissait la cause de l'altération vasculaire de la moelle ayant eu pour conséquence l'atrophie avec douleurs et paresthésies. A ce sujet, Raichline rappela que l'année précédente il avait présenté un cas à la Société Médicale du IXe arrondissement et dit qu'il s'agissait d'une méningo-myélite comme l'avait montré Raymond.

Je rappelerai ici qu'en 1899 j'ai fait présenter à la Société des

(1) Niepce, *Académie de Médecine*, avril 1853.
(2) Hammond, *Traité des maladies du système nerveux*, p. 604 et suiv.
(3) Raymond, *Soc. méd. des hôpitaux*, fév. 1893.
(4) Vizioli, *Sur une forme d'amyotrophie spinale progressive d'origine syphilitique* (*Congrès de Moscou*, 1897, t. IV et *Annali di Neurologia*, 1898).

Sciences Médicales de Lyon par mon interne, M. Lévy [1], un malade qui présentait une atrophie musculaire ayant tous les caractère du type Aran-Duchenne et chez lequel la syphilis nous paraissait jouer un rôle indéniable : il était porteur d'une cicatrice scléro-gommeuse de la langue, d'une orchi-épididymite spécifique et se présentait à nous pour une otite labyrinthique d'origine syphilitique non douteuse. Pendant qu'il était en observation il accusa assez brusquement des douleurs dans le dos et le long du cubital gauche et nous vîmes évoluer assez rapidement une atrophie musculaire à début périphérique. En même temps et comme symptôme d'une méningo-myélite se faisant par plaques, notre malade présentait une abolition persistante du réflexe rotulien droit avec persistance du réflexe achilléen, tandis que le réflexe rotulien gauche était conservé. Nous continuons à voir ce malade dont l'atrophie musculaire a augmenté, qui a des troubles vasomoteurs marqués avec mains succulentes et qui a présenté trois petites attaques d'épilepsie jacksonnienne limitées à la moitié droite de la face. Depuis quelque temps il commence un peu d'atrophie de la racine du membre inférieur droit [2].

La même année, Scherb a publié dans la *Revue Neurologique* une observation de début d'amyotrophie au cours de la méningo-myélite syphilitique : l'atrophie rétrograda sous l'influence du traitement mercuriel.

La question a été enfin reprise au Congrès de Bruxelles par M. A. Léri [3] qui lui a également consacré une partie importante de son article du *Traité de Médecine*. Après avoir cité les auteurs que nous venons de passer rapidement en revue et auxquels il ajoute Misserbi et Seeligmüller, il fait remarquer qu'on retrouve la syphilis signalée dans les antécédents de myopathiques par Aran, Mac-Donald, Thouvenet, J. Charcot et qu'on peut souvent la soup-

(1) Lannois et G. Lévy, *Société des Sciences Médicales*, 1899 et *Province Médicale*, 1900.

(2) Ce malade vient de mourir (25 oct. 1905) et l'autopsie a permis de constater des adhérences par plaques des méninges médullaires, surtout au niveau de la partie inférieure du renflement cervical, englobant les racines antérieures et ayant déterminé une atrophie nette de la moelle. Celle-ci est aplatie et les cornes antérieures sont très lésées. Nous nous proposons de revenir sur ce fait lorsque l'examen histologique aura été fait plus complètement.

(3) A. Leri, *Congrès de Bruxelles*, 1903 et Articles, *Atrophie musculaire progressive spinale* (*Type Aran-Dcahenne*), *in Traité de Médecine*, 2e éd., t. IX.

çonner en raison de stigmates ou d'affections concomitantes comme le tabes ou la paralysie générale. Il fait voir que les lésions de méningo-myélite signalées par Raymond et qu'il a lui-même retrouvées dans un cas ont été signalées dans plusieurs autopsies d'amyotrophiques myélopathiques. Enfin il attribue une certaine importance diagnostique à la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, « signature de l'inflammation chronique presque certainement syphilitique de la méninge ». Il se résume en disant que l'amyotrophie progressive du type Aran-Duchenne accompagnée ou non de symptôme de sclérose latérale, de sclérose postérieure ou de symptôme de méningo-encéphalite, est une affection très fréquemment syphilitique. Dans le démembrement de l'amyotrophie spinale, qui a commencé par la sclérose latérale amoytrophique, qui s'est continuée par la pachyméningite cervicale hypertrophique et la syringomyélie, la syphilis est destinée à recueillir le plus grand nombre des cas. M. A. Léri se base sur six observations personnelles, dont deux avec autopsie.

On voit en somme que le nombre des cas probants est assez restreint. C'est ce qui m'a engagé à publier un nouveau cas très typique qu'il m'a été donné d'observer récemment.

OBS. *Atrophie musculaire du type Aran-Duchenne d'origine syphilitique.* (Pl. LXIII et LXIV).

Ferdinand V..., 47 ans, jardinier, entré dans le service le 19 janvier 1905.

Il a perdu son père et sa mère l'année même de sa naissance et ne peut donner de renseignements précis sur ses antécédents héréditaires. Il sait seulement que sa mère est morte à 23 ans, de fièvre puerpérale, 17 jours après sa naissance. Son père, alcoolique invétéré, nerveux, irritable, atteint d'un tremblement continuel, est mort à Bicêtre à 43 ans : il y avait 20 ans de différence entre l'âge de son père et celui de sa mère. Il n'a eu ni frère, ni sœur.

Pas de renseignements sur la naissance et la première enfance. Il a eu constamment de l'énurèse nocturne jusqu'à 20 ans : sa paillasse, dit-il, était toujours pourrie.

A 7 ans, affection oculaire de nature indéterminée. A 18 ans, hernie inguinale qui le fit réformer.

Il a fait des excès alcooliques, mais prétend être tout à fait corrigé.

Syphilis acquise en 1884, à l'âge de 26 ans : il eut un chancre du sillon et l'année suivante fit un séjour à l'Antiquaille, où on le soigna pour des plaques muqueuses à l'anus.



Atrophie musculaire du type Aran-Duchenne d'origine syphilitique

Masson & Cie, Editeurs

Phototypie Berthaud

Il s'est marié à 37 ans et a un enfant de dix ans qu'il dit né à terme, bien constitué, mais petit, et qui eut à plusieurs reprises de la conjonctivite et des suppurations des oreilles.

L'atrophie musculaire, affection pour laquelle il vient consulter, a débuté il y a 16 ans, 4 à 5 ans après le début de la syphilis. Il s'aperçut que le pouce droit fonctionnait mal et était ramené en arrière et en dehors. Il n'y éprouvait aucune douleur : il parle encore avec amertume du « rhabilleur » qu'il consulta à ce moment et dont les massages et les pommades ne lui produisirent aucun effet.

Peu à peu la faiblesse du pouce augmenta, les mouvements d'opposition du pouce devinrent difficiles, puis impossibles, en même temps qu'il constatait une atrophie marquée de l'éminence thénar.

Trois ans plus tard, une autre lésion qui s'était installée peu à peu avait acquis tout son développement : les quatre doigts, surtout les deux derniers, s'étaient fléchis peu à peu dans la paume de la main, où ils étaient solidement fixés par des brides fibreuses de la face palmaire (rétraction de Dupuytren), rendant presque impossible tout fonctionnement de la main.

Le même processus évoluait en même temps du côté de la main gauche, où il avait débuté peu après l'atteinte de la main droite ; même atrophie de l'éminence thénar, même rétraction tendineuse palmaire mais limitée aux deux derniers doigts.

Peu à peu l'atrophie avait envahi les avant-bras, puis les bras : mais malgré les atrophies très nettes décrites plus loin il avait gardé assez de force pour faire tant bien que mal son métier de jardinier.

En 1901 il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Boudet, où on lui fit de l'extension forcée de ses doigts et de l'électrisation. Il en sortit un peu amélioré, prit régulièrement de l'iodure et parut d'abord aller mieux. Mais bientôt la gêne redevenait aussi marquée et il entrait dans le service, le 19 janvier 1905.

C'est un homme de taille moyenne, d'aspect un peu pâle, qui tient la tête baissée, comme un peu soudée, et qui marche par instants d'un air mal assuré. Il présente aux membres supérieurs une atrophie très apparente, plus marquée du côté.

Côté droit. — *Épaule.* — Il ne paraît pas y avoir d'atrophie marquée du grand dentelé, du trapèze, du sous-épineux. etc. L'angulaire de l'omoplate et le rhomboïde paraissent légèrement atteints. C'est surtout au niveau du deltoïde, surtout dans sa partie supérieure, qu'il y a une atrophie certaine, d'ailleurs peu appréciable à la vue. C'est surtout à la palpation qu'on a l'impression qu'il manque des faisceaux et que ceux qui restent sont plus mous que normalement. Il peut d'ailleurs porter les bras en haut. Le grand pectoral est petit, surtout dans la partie interne de son faisceau claviculaire.

Bras. — Le triceps a presque totalement disparu : le malade ayant le coude sur la table est incapable de mettre son avant-bras en extension. Il ne peut obtenir la rectitude qu'en laissant tomber le bras le

long du corps Si on pince la région postérieure du bras, c'est à peine si on a la sensation d'un peu de tissu mou intercalé entre les deux épaisseurs de la peau. Il n'offre aucune résistance dans les mouvements de flexion forcée.

La région antérieure du bras est également très atrophiée, mais à un moindre degré que le triceps. Le malade fléchit le bras et résiste assez bien aux mouvements d'extension, mais dans ses contractions le biceps reste mou et pâteux.

Avant-bras. — Le long supinateur, les radiaux et le court supinateur, c'est-à-dire toute la masse musculaire antéro-externe, sont conservés dans leur tiers supérieur et considérablement atrophiés dans le reste de leur étendue. On obtient facilement la corde du long supinateur. Au contraire, le grand et le petit palmaire, le cubital antérieur sont réduits à l'état de lamelles tendineuses. Les fléchisseurs surtout à leur partie inférieure sont tellement réduits de volume qu'ils laissent facilement toucher le ligament interosseux.

Même atrophie très apparente de tous les extenseurs, extenseur commun et extenseurs propres du pouce et de l'index.

Main. — C'est à la main que l'atrophie atteint son maximum. C'est à peine si le pouce a encore quelques mouvements de latéralité. L'éminence thénar a presque totalement disparu, on touche le métacarpien à travers la peau. L'éminence hypothénar, très atrophiée, est relativement mieux conservée.

A la face postérieure, les interosseux sont tous atrophiés, surtout ceux du premier espace ; à la face palmaire l'atrophie est également certaine, mais elle est masquée par de fortes brides fibreuses. Celles-ci sont saillantes et ont immobilisé les doits en flexion forcée de phalanges sur les métacarpiens, donnant une griffe très marquée dont il est facile de se rendre compte sur la photographie, ainsi que des autres particularités que nous venons de décrire.

Côté gauche. — Il faudrait répéter tout ce qui vient d'être dit pour le côté droit. Le deltoïde présente la même lésion qu'à droite, un peu moins marquée, et le grand pectoral, lorsque le bras est élevé à angle droit, ne présente pas la dépression médiane que l'on voit à droite.

La fonte atrophique du triceps est aussi marquée que de l'autre côté.

Le biceps et le long supinateur sont atrophiés légèrement et les muscles de la région antérieure de l'avant-bras sont relativement indemnes. Il y a au contraire une atrophie manifeste des extenseurs.

A la main, atrophie des muscles thenar et hypothénar et des interosseux dorsaux très complète et aussi manifeste qu'à droite : il y a cependant encore un peu de muscle dans les deux derniers espaces. A la face palmaire, même rétraction fibreuse, mais qui ici ne porte que sur les deux derniers doigts, ce qui permet encore une certaine utilisation de la main.

Malgré le degré de cette atrophie, on est un peu étonné que le malade ait conservé une certaine force musculaire, qui lui permet

encore quelques travaux. Lorsqu'on a réussi à lui placer le dynamomètre dans la main à gauche il donne 15, mais la préhension est impossible du côté droit.

Tremblements fibrillaires très marqués et très étendus dans tous les muscles atteints.

L'examen révèle en outre des *lésions cutanées et osseuses* très importantes. A la partie inférieure du radius droit, au-dessus du poignet (cela se voit bien sur la photographie), il y a une cicatrice adhérente à l'os large comme une pièce de deux francs. Il y en a une autre adhérente au cubitus gauche vers son tiers inférieur.

Aux membres inférieurs on note une même cicatrice, large comme une pièce de cinq francs, à la région moyenne et externe de la jambe. Des cicatrices de même nature se rencontrent à la face antérieure et à la face postérieure des cuisses et sur les fesses.

La palpation des os au niveau des points où ces cicatrices sont adhérentes démontre la présence de lésions extrêmement marquées : au radius droit l'os est augmenté de volume, irrégulier, raboteux, avec une grosse exostose à la région moyenne et postérieure. Même lésion, mais encore plus accentuée, du cubitus gauche qui est hyperostosé dans toute sa longueur, ce qui rend la pronation impossible.

Aux membres inférieurs, où les muscles sont un peu graciles, mais sans atrophie vraie, les tibias et surtout le droit sont en lame de sabre, avec d'énormes hyperostoses dans toute leur longueur, bien apparentes sur la photographie. Du reste, les radiographies du cubitus gauche et du tibia droit que nous reproduisons nous dispensent d'une plus longue description.

Il est évident que ces lésions cutanées et osseuses sont de nature syphilitique. Mais il est difficile de faire raconter leur évolution au malade, qui ne paraît pas en avoir beaucoup souffert et qui ne se plaint aucunement de ses os, sauf peut être de temps à autre de son tibia droit au-devant duquel il y a une teinte violacée de la peau et un développement veineux très accusé. Il est cependant affirmatif sur ce point que la première lésion de la peau, celle de la jambe droite, est apparue à la suite d'un coup à la fin de 1890, c'est-à-dire nettement après le début de l'atrophie.

Le reste de l'examen donne les renseignements suivants :

Pas d'atrophie des muscles de la face ni du tronc.

La sensibilité aux divers modes est partout conservée.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont douteux, ceux du bras et de l'avant-bras sont abolis. Les réflexes cutanés (crémastérien et abdominal) et muqueux (conjonctival, cornéen, pharyngien) sont conservés. Il n'y a ni trépidation épileptoïde, ni phénomène du genou.

La coordination motrice est conservée le jour. mais affaiblie la nuit, le malade éprouvant de la difficulté pour marcher, ne sentant pas bien le terrain, dit-il.

Les muscles répondent encore à l'électricité faradique, mais assez

faiblement, car il faut 250 de notre charriot pour avoir des secousses. Avec des courants continus faibles, nous n'avons pas eu de réaction de dégénérescence.

Pas de troubles de la musculature externe de l'œil, bien qu'il dise avoir eu parfois un peu de diplopie passagère. Acuité visuelle un peu faible, sans rétrécissement du champ visuel. Les pupilles sont égales et ne réagissent que d'une façon insignifiante à la lumière et à l'accommodation.

Rien du côté de l'ouïe, de l'odorat ou du goût.

Il n'y a pas de troubles psychiques à signaler, cependant des cauchemars fréquents : il voit en rêve des bêtes qui le poursuivent, des assassins qui veulent le tuer.

L'examen des viscères est négatif, sauf pour les organes génito-urinaires. Outre sa hernie inguinale droite, on trouve une atrophie complète du testicule gauche : à sa place, un petit paquet qui paraît vasculaire et un noyau épididymaire. Il n'a pas l'air de s'en douter et ne peut donner aucun renseignement sur ce point.

Il n'a ni sucre, ni albumine.

Dans le courant du mois de février, deux ponctions lombaires furent faites à quelques jours d'intervalle, la première ayant été blanche pour une raison inconnue. A la seconde on retira facilement 20 centimètres cubes de liquide clair : l'examen montra une lymphocytose peu marquée, mais nette cependant.

Le traitement consista en injections sous-cutanées de cacodylate de soude, d'huile grise, puis d'énésol.

Il sort du service le 17 mars, se disant nettement amélioré comme état général. Il dit son état local également très amélioré en ce qui concerne les mains et surtout la main droite. Les doigts s'étendent manifestement mieux, sauf les deux derniers ; il peut faire des mouvements d'opposition qui avaient disparu depuis longtemps et avec le pouce il peut toucher la pulpe de l'index, ce qu'il ne faisait certainement pas à l'entrée.

Alors que l'écriture lui était très difficile, il a pu nous écrire une longue lettre, au crayon il est vrai, mais très lisible.

En résumé, il s'agit ici d'un homme qui, 4 ou 5 ans après une syphilis sérieuse, vit apparaître les premiers signes d'une atrophie musculaire progressive dont l'évolution se continue 16 ans après le début. Il est porteur de lésions cutanées et sous-cutanées (cicatrices de gommes, rétractions palmaires) et de lésions osseuses qui ne laissent aucun doute sur la gravité de la syphilis dont il a été atteint.

Il y a lieu de faire remarquer qu'ici, comme dans tant d'autres

affections nerveuses, une série de causes prédisposantes se sont réunies pour favoriser l'atteinte du système nerveux. Ce sera d'abord la prédisposition héréditaire, le père alcoolique, nerveux, agité de tremblements continuels, ayant fini ses jours à Bicêtre ; c'est aussi l'alcoolisme du malade lui-même, qui fut surtout marqué dans les années qui précédèrent la syphilis et dont nous retrouvons une trace dans les cauchemars existant encore actuellement.

Une question se pose aussi dès le début : l'atrophie musculaire ne pourrait-elle pas être simplement sous la dépendance des lésions osseuses, avoir été déterminée par elles ? Cela ne nous paraît pas vraisemblable, car chronologiquement l'atrophie a débuté avant les lésions de la peau et des os. D'autre part, il n'y a pas de rapport entre les lésions des muscles et des os : les triceps ont disparu sans qu'on trouve de lésions des humérus et les énormes lésions qu'on voit sur les tibias n'ont pas déterminé d'atrophie musculaire appréciable. Il nous paraît donc plus logique d'admettre que les deux lésions ont évolué indépendamment l'une de l'autre ou que, s'il existe un lien entre elles, il doit être cherché dans l'atteinte de la corne antérieure médullaire : en même temps que le trouble trophique médullaire celle-ci aurait produit l'affaiblissement des os et favorisé le développement de l'ostéite.

En se basant sur les résultats anatomo-pathologiques et surtout sur l'observation de Raymond où il s'agissait d'une méningo-myélite vasculaire diffuse (celle de Léri est de même ordre), on a cru pouvoir indiquer quelques caractères cliniques propres à l'atrophie myélopathique syphilitique. J'ai moi-même, avec Lévy, insisté sur les douleurs précédant et accompagnant l'atrophie, notre malade ayant débuté par une névralgie nette du cubital gauche : on y a ajouté la parésie précédant l'amyotrophie et la rapidité de l'évolution. Mais en réalité ce sont là des phénomènes contingents et qui peuvent manquer : le malade qui nous occupe en ce moment n'a pas eu de douleurs véritables, malgré ses lésions osseuses, et l'affection évolue chez lui depuis plus de 16 ans. Un des malades de Léri est mort après 16 ans de maladie, un autre de ses malades est atrophique depuis 18 ans, etc.

L'évolution peut donc se faire comme dans les cas qui ont servi à établir le type classique Aran-Duchenne ; d'ailleurs il n'est pas rare de trouver dans ceux-ci une méningite appréciable à





Phototypie Berthaud

Atrophie musculaire du type Aran-Duchenne d'origine syphilitique.

Masson & Cie Éditeurs

l'autopsie (Léri). Le plus souvent le diagnostic de l'origine syphilitique trouvera un appui dans l'existence de quelques symptômes impliquant la participation des faisceaux blancs médullaires (exagération ou abolition des réflexes, douleurs, etc.) ou celle du cerveau lui-même : nous avons dit au début que notre premier malade avait eu trois crises jacksonniennes limitées à la face. On n'oubliera pas non plus l'importance de la présence du signe d'Argyll-Roberston. Quant à la lymphocytose, elle pourra aussi donner un indice précieux, mais malheureusement elle manque parfois dans les cas anciens.

Les cas comme les deux que j'ai eu l'occasion d'observer et où la syphilis a laissé des stigmates indélébiles, ont donc une valeur probatoire qu'on ne saurait exagérer : ils démontrent avec évidence que le type clinique de l'atrophie musculaire myélopathique Aran-Duchenne est un syndrome et que bon nombre des faits doivent trouver leur pathogénie dans des lésions syphilitiques méningo-médullaires. Léri dit avoir trouvé dans la littérature une trentaine d'observations : il n'est pas douteux que ce chiffre s'accroîtra rapidement, mais comme il est encore faible j'ai cru qu'il y avait avantage à l'augmenter d'une unité intéressante. Il ne faudra d'ailleurs pas tomber dans l'excès contraire et attribuer tous les faits à la syphilis : j'ai parcouru ma collection d'atrophies musculaires sans y trouver d'autres cas où cette étiologie aurait été signalée. Peut-être existe-t-il encore des formes liées à l'altération primitive de la corne antérieure et bon nombre de cas ressortissent manifestement à la syringomyélie.

Mais cette notion étiologique de la syphilis dans l'atrophie musculaire a une certaine importance thérapeutique. J'ai déjà signalé les cas de Graves, de Niepce, de Hammond : il faut y ajouter ceux de Scherb et de Seeligmüller qui citent l'un et l'autre un cas de guérison rapide d'une amyotrophie chez un syphilitique par le traitement mercuriel. J'avoue avoir été agréablement surpris de l'amélioration indéniable obtenue chez mon malade par les injections d'huile grise et d'énésol et lui-même ne l'était pas moins, car il avait suivi déjà de nombreux traitements, y compris l'iodure à haute dose, sans avoir été amélioré.

Je sais bien qu'on n'a pas toujours d'aussi bons résultats, que Raymond, Rendu et bien d'autres, ont donné le traitement spéci-

fique sans succès, et que moi-même j'ai traité d'une manière intensive mon premier malade sans enrayer chez lui l'évolution de son atrophie. Mais il faut avouer que nous possédons actuellement avec les injections mercurielles un moyen d'action d'une portée beaucoup plus grande que l'ancien traitement par l'iodure et les frictions. Le traitement spécifique énergique devra donc être tenté toutes les fois qu'on aura dépisté ou soupçonné la syphilis, et il faut espérer qu'il donnera quelques succès dans une affection contre laquelle nous étions jusqu'alors si complètement désarmés.

M. GIRAUD (de Lyon).

Lésions du cerveau et du cervelet chez une idiote aveugle-née (2e cas). — Nous avions présenté, l'an dernier, M. Taty et moi, au Congrès de Pau, une série de coupes portant sur le cerveau et le cervelet d'une jeune idiote aveugle-née. Dans le cerveau nous avions constaté les lésions maximum dans les calcarines complètement envahies par du tissu de sclérose; dans le cervelet nous avions retrouvé le processus morbide avec les caractères que nous avons constamment observés dans les recherches faites au laboratoire sur l'anatomie pathologique de cet organe : (*Thèse de Bridier 1903. — Essai sur l'anatomie pathologique des démences. Communications de Taty et Jeanty sur les lésions du cervelet chez les paralytiques généraux. Congrès de Bruxelles 1903. — Thèse de Jeanty : Lésions du cervelet chez les paralytiques généraux, les déments et dans les encéphaloméningites aiguës*). Le cervelet reproduit les altérations cérébrales avec un retard dans l'évolution et une diminution dans l'intensité, soit, pour notre cas, atrophie et destruction cellulaire sans infiltrations inflammatoires.

De plus, le docteur Dor, ayant observé la dégénérescence du flocculus chez des lapins énucléés, nous nous étions attachés à l'étude particulière de ce lobule, constatant sa dégénérescence chez cette aveugle-née avec lésion maxima du côté de l'œil le plus malade.

Nous n'avions pas insisté sous réserve de vérifications ultérieures.

Nous venons tout récemment de rencontrer un cas absolument superposable : il s'agit encore d'une jeune idiote aveugle-née morte dans le service de la clinique du professeur Pierret. Les pièces étant encore à l'examen, nous pouvons cependant signaler déjà l'altération étendue des calcarines, et, point important, l'absence des flocculus représentés seulement par quelques houppes atrophiées et friables. Donc, lésions du flocculus parallèles aux lésions profondes de l'œil, et nous désirons consigner dès à présent le fait qui est peut-être une étape dans l'essai des localisations visuelles du cervelet.

M. le Dr Maurice DIDE.

Essai de classification des Maladies mentales. — Dans mon cours, j'ai été amené à adopter une classification des maladies mentales que je soumets à l'appréciation de mes confrères. Elle diffère de la plupart de celles qui ont été publiées jusqu'aujourd'hui en ce sens que, tenant compte de l'évolution des maladies, elle vise surtout à être pathogénique. Ma conception des psychoses toxi-infectieuses n'est peut-être pas aussi révolutionnaire qu'elle peut le sembler, et l'on trouve l'indication de la voie dans laquelle je me suis lancé dans les œuvres récentes de Régis. J'ajouterai que ce n'est plus actuellement une vue de l'esprit, puisque j'ai constaté l'existence de microbes dans le sang des psychoses hallucinatoires à évolution chronique. L'importance pathogénique de cette constatation pourrait seulement être discutée, et, si je n'ai pas hésité à rapprocher la démence précoce hébéphréno-catatonique des confusions mentales aiguës ou subaiguës, c'est que l'analogie symptomatique est manifeste et que, d'autre part, la démence paranoïde ne peut se séparer des formes hébéphréno-catatoniques.

I. **Etats Congénitaux.**	Agénésies psychiques......	Idiotie. Imbécillité. Débilité mentale. Débilité morale. Obsédés impulsifs.
	Psychoses à base d'interprétations délirantes ...	Persécutés persécuteurs: processifs. / hypochondriaques. / amoureux. Mégalomanes. Inventeurs réformateurs. Systématisés progressifs.
	Exagération d'états affectifs.	Manie aiguë. Manie chronique (manie raisonnante). Mélancolie simple aiguë. Mélancolie chronique. Folie intermittente.
	Agénésie thyroïdienne....	Myxœdème congénital.
II. **Dystrophies acquises.**	Dystrophie thyroïdienne..	Myxœdème spontané de l'adulte.
	Dystrophie par involution sénile..	Agitation maniaque. Mélancolie délirante Délire de préjudice.
	Dystrophie vasculaire	Artério-sclérose cérébrale: sénile (dém. sénile) / alcoolique.
	D. par lésions cérébrales circonscrites..........	Agnosies.
	D. par lésions cérébrales diffuses	Paralysies générales. Méningo-encéphalite infantile (pseudo-hébéphrénique ou précoce).
	D. liées à la puberté	Démence précoce simple (idiotie acquise de Morel).
III. **Psychoses infectieuses.**	Chroniques.............	Psychoses hallucinatoires à évolution démentielle plus ou moins rapide (d. p. paranoïde). Maladie de Kahlbaum (d. p. hébéphrénique et catatonique).
	Subaiguës..............	Confusion mentale.
	Aiguës.................	Délire épileptique. Délire de collapsus. Délire aigu. Délire alcoolique aigu. Délire alcoolique subaigu (delirium tremens). Délire des maladies fébriles.

Dans une autre communication, j'insiste sur les symptômes et la pathogénie des délires systématisés progressifs.

M. les Drs DIDE et ASSICOT.

Signes oculaires dans la Démence précoce. — *Troubles réflexes pupillaires.* — Nous distinguons trois catégories :

1° Dans un premier groupe de malades, peu nombreux, on note un affaiblissement et même une absence totale des deux réflexes, à la lumière et à l'accommodation.

2° Plus souvent une dissociation contraire au signe d'Argyll, c'est-à-dire diminution ou abolition du réflexe d'accommodation avec conservation du réflexe lumineux.

3° Une fois, nous avons rencontré le signe d'Argyll Robertson vrai, c'est-à-dire l'abolition complète du réflexe à la lumière et conservation du réflexe d'accommodation, abolition permanente et fixe, s'accompagnant de myosis et de l'aspect de l'œil tabétique. — Mais très souvent, nous avons observé un trouble intéressant de la réflectivité pupillaire consistant en une diminution ou une abolition *passagère* du réflexe lumineux. Plusieurs examens successifs nous ont montré chez un même malade des variations très nettes dans les réactions de la pupille à la lumière. De plus, chez ces malades, il a été exceptionnel de noter l'inégalité pupillaire, les déformations pupillaires, le myosis, l'aspect spécial de l'œil tabétique qui sont classiques dans le tabès. — Il s'agit donc là d'une modalité pathologique du réflexe lumineux bien distincte du signe d'Argyll qui est un symptôme fixe et permanent.

Lésions du Fond de l'Œil

Les formes des lésions du fond de l'œil que nous avons trouvées chez nos malades peuvent être rangées sous trois chefs :

1° *Hyperhémie pupillaire,* consistant en une congestion veineuse plus ou moins notable, les veines sont dilatées et tortueuses. Les artères ne nous ont pas paru présenter de modification appréciable.

2° Moins fréquemment, se présentant soit d'emblée, soit succédant à l'aspect ophtalmoscopique précédent, une décoloration pupillaire avec rétrécissement des vaisseaux, décoloration souvent

limitée au côté temporal de la pupille à l'image droite. — Dans un ou deux cas, il nous a semblé que cette décoloration peut aller jusqu'à donner l'aspect de la pupille grise tabétique.

3° Enfin, exceptionnellement, nous avons noté une véritable névrite optique avec hyperhémie de la pupille qui se confond avec le reste du fond de l'œil et traînées exsudatives le long des artères.

Nous devons insister d'une part sur la bilatéralité et les modifications de l'aspect ophtalmoscopique suivant l'époque où on examine le malade. — Certains malades, chez lesquels nous avons observé à une certaine époque de la congestion veineuse nette, nous ont fait voir quelques mois plus tard un aspect décoloré et grisâtre de la pupille tout différent du premier examen.

MM. A. DUROCHER et A. LEBORGNE, de Rennes.

Diagnostic de la démence précoce à forme paranoïde et des psychoses à base d'interprétations délirantes sans évolution démentielle.

Au début de ce travail, nous admettrons tout d'abord avec notre maître, M. le professeur Dide, dans la classe des psychoses à base d'interprétations délirantes : 1° le groupe des persécutés persécuteurs; 2° le groupe des persécutés persécuteurs amoureux; 3° celui des mégalomaniaques d'emblée ; 4° le groupe des délires systématisés plus ou moins hallucinatoires sans évolution démentielle.

Il nous a paru intéressant de rechercher quelles différences pourraient séparer la démence précoce à forme paranoïde de ces psychoses à base d'interprétations délirantes, et quels signes pourraient servir à établir dès le début le diagnostic entre ces formes de maladie mentale. En effet, le diagnostic de deux psychoses si différentes dans leur évolution doit pouvoir, suivant nous, se faire aux différentes périodes de ces maladies. Nous avons classé en trois groupes principaux les signes que nous croyons distinctifs de la démence précoce à forme paranoïde.

1° Parmi les phénomènes mentaux, l'abolition des sentiments affectifs est complète dès le début chez tous les paranoïdes ; ils n'ont plus aucune notion de la famille, dont ils ne parlent jamais,

tout leur est indifférent, ils n'ont plus d'émotions, plus de larmes. Cette indifférence se manifeste aussi dans leur tenue le plus souvent incorrecte et ils semblent avoir perdu le sentiment de leur dignité. La confusion dans les idées arrive assez vite et en même temps apparaît la désorientation dans le temps.

2° Parmi les phénomènes sensoriels, les hallucinations auditives surviennent dès le début, puis s'installent les hallucinations psycho-inhibitrices, psycho-motrices et psychiques. On note également une diminution de la sensibilité au contact et à la piqûre, une diminution de la symbolie tactile et de la perception stéréognostique.

3° Les symptômes physiques que le professeur Dide a classés sous le nom général de « dermato-psychies », l'insuffisance hépato-rénale, les phénomènes catatoniques et d'opposition, la stéréotypie dans les gestes et dans les paroles s'observent d'une façon constante chez ces mêmes malades, au moins à une période de leur maladie.

Enfin l'évolution même de ces deux psychoses nous paraît un élément de diagnostic un peu plus tardif, il est vrai, néanmoins excellent : la démence précoce à forme paranoïde évolue en quelques années et les malades ayant parcouru tous les stades de cette psychose arrivent à une démence complète. De plus, ces malades, si dangereux parfois au début, à la suite des hallucinations nombreuses que nous avons signalées plus haut et dont ils sont victimes, deviennent inoffensifs en même temps que disparaissent leurs hallucinations.

En résumé, nous dirons que la démence précoce à forme paranoïde se distingue très facilement du délire des persécutés persécuteurs : chez ceux-ci, pas d'hallucinations, pas d'évolution délirante.

La distinction est également facile d'avec les mégalomaniaques, qui arrivent très rapidement et sans hallucinations, par de simples constructions intellectuelles faites sur des interprétations délirantes, aux idées de grandeur.

Le diagnostic mérite d'être fait d'une façon plus serrée pour les délires systématisés hallucinatoires sans évolution démentielle, il se basera sur la non-existence d'hallucinations psycho-motrices et psycho-inhibitrices, d'hallucinations psychiques, de signes physiques (dermato-psychies — insuffisance hépato-rénale —

phénomènes stéréotypés et catatonie) et sur la conservation des sentiments affectifs et l'intégrité de l'intelligence.

M. le Dr CROCQ. — Les troubles de la peau sont très intéressants. Kahlbaum les a déjà décrits. Ils sont surtout fréquents dans la démence précoce catatonique. Ils viennent spécialement du fait des attitudes vicieuses qui gênent la circulation. Ce serait un trouble mécanique comme dans la main succulente de la syringomyélie. Il serait exact de les appeler des dermato-psychies.

M. le Dr DIDE reconnaît que d'autres avaient décrit avant lui ces symptômes. Il a fait coucher des malades et l'œdème n'a pas complètement disparu. La maladie de Quincke serait analogue au pseudo-œdème.

M. le Dr RAYNEAU appuie les observations de M. le Dr Dide, enfin cite une malade dont les œdèmes avaient disparu en même temps que l'état mental s'améliorait.

M. le Dr CROCQ déclare qu'il a voulu simplement réagir contre cette théorie que les dermato-psychies aient une importance si considérable. Même au lit le dément précoce a des attitudes stéréotypiques qui gênent la circulation. — Les troubles trophiques excipent certainement de la démence précoce mais ils ne sont pas uniquement d'origine centrale.

M. le Dr DIDE. — Je donne rendez-vous à Lille à M. Crocq pour discuter cette question.

MM. les Drs DIDE et E. SACQUÉPÉE.

Sur quelques Propriétés du Sérum sanguin dans la Démence précoce ; disette d'alexine ; présence de sensibilisatrices microbiennes. — I. — La présence, signalée antérieurement, d'espèces microbiennes diverses dans le sang des sujets atteints de démence précoce, permet de se demander si cette invasion microbienne n'est point facilitée par quelque anomalie organique. En particulier, il est indiqué de vérifier la teneur du sérum sanguin en alexine, dont les relations étroites avec les propriétés bactéricides normales des sérums frais sont évidentes.

La recherche est faite à l'aide d'une sensibilisatrice de lapin, active sur les hématies du bœuf; on admet en principe, conformément aux idées de Bordet, que les diverses alexines sont équivalentes.

En opérant par comparaison avec des sérums normaux ou pathologiques divers, on constate que les sérums des déments précoces renferment beaucoup moins d'alexine que les sérums témoins.

La disette d'alexine revendique sans doute une part dans la genèse des septicémies si fréquentes au cours des démences précoces. On peut aussi lui soupçonner quelque intérêt pathologique d'ordre plus général, que tenteront de *préciser des recherches ultérieures*.

II. — La constatation fréquente d'espèces microbiennes dans le sang permet d'affirmer l'existence d'une infection, que celle-ci se traduise ou non par les symptômes habituels des infections. Toutefois, il est bon de vérifier cette donnée fondamentale, par la recherche des propriétés spécifiques des sérums à l'égard des microbes rencontrés; il est utile aussi de chercher ces mêmes propriétés dans le sérum de malades dont le sang n'a pas été ensemencé, ou bien, dont l'ensemencement n'a pas donné les espèces microbiennes soumises à l'épreuve.

Deux microbes ont été essayés : 1° bacille ne prenant pas le Gram; 2° staphylobacille. La recherche a été effectuée par le procédé de Bordet et Gengou; on s'est assuré au préalable que les microbes précédents n'absorbent pas l'alexine, et que les sérums normaux ne renferment pas de sensibilisatrice spécifique.

On a constaté ainsi que les sérums des déments précoces renferment une sensibilisatrice active sur les deux microbes soumis à l'épreuve. Cette sensibilisatrice existe dans les 3/4 des cas, même dans ceux où l'hémoculture était restée négative.

De ces faits on peut conclure que, dans la démence précoce :

1° Le bacille et le staphylobacille étudiés provoquent une réaction spécifique des sérums, stigmate d'infection : ils sont donc réellement infectants;

2° Leur intervention est très fréquente, bien que non constante.

Docteur F. DEVAY, de Lyon. — **Folies intermittentes et épilepsie.**

Les accès périodiques des folies intermittentes, de même que les troubles mentaux qui se substituent fréquemment aux accès épileptiques, présentent un caractère commun, celui de se répéter sous une forme presque invariable chez le même sujet. Cette constatation admise, on peut se demander si dans le cours d'une folie cyclique, il n'est pas possible de faire apparaître expérimentalement un ou plusieurs accès épileptiques qui remplaceraient l'accès d'agitation maniaque ou de dépression mélancolique.

Chez deux malades atteints de folie intermittente avec agitation maniaque, il a été possible, par l'intoxication belladonée, de faire naître le mal comitial, qui s'est superposé ou substitué à l'accès intermittent.

On peut donc établir entre ces deux affections un rapprochement qui permet d'interpréter les accès intermittents comme des équivalents de la crise épileptique. Comme celle-ci l'accès est un phénomène de rappel dépendant d'intoxications variées.

M. le Dr SIZARET, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Rennes, rappelle qu'il a indiqué l'an dernier, dans une communication au Congrès de Pau, un procédé pour traiter la crise d'Épilepsie.

Des inhalations d'oxygène sont faites aux malades au moment où la trachée s'obstrue par des bouchons muqueux, par la bave qui souille les voies aériennes supérieures, alors que l'asphyxie paraît imminente, notamment dans les cas d'accès répétés d'épilepsie. La crise cesse presque immédiatement et le procédé permet de porter un secours efficace à l'épileptique en danger.

Il y a des ballons d'oxygène en permanence dans les quartiers d'épileptiques et le personnel y a recours habituellement, ayant constaté l'effet remarquable de ces inhalations pour arrêter les crises.

Le procédé, d'application facile, est parfaitement inoffensif.

SÉANCE DU SAMEDI 5 AOUT

(SOIR)

Salle des Fêtes à l'Asile d'Aliénés

MM. les D[rs] PARHON et GOLDSTEIN (de Bucarest).

Sur un cas d'hystérie simulant la sclérose en plaques et la syringomyélie. Considérations sur la pathogénie de l'atrophie musculaire dans l'hystérie. — Nous allons relater et discuter brièvement l'observation d'un cas d'hystérie, qui, par quelques particularités nous a paru digne d'intérêt.

Il s'agit d'un malade, I. S. S., âgé de 28 ans, cocher, entré à l'hôpital Pantélimon, dans le service de la clinique des maladies nerveuses de M. le Professeur Marinesco, le 3 mai 1897. Comme hérédité nous trouvons l'alcoolisme chez le père, et dans ses antécédents personnels l'impaludisme, la fièvre typhoïde et une blennorrhagie, sans conséquences sérieuses, à l'âge de 19 ans.

Sa maladie actuelle date depuis six ans et a commencé par des vertiges. Un jour, étant en route, le patient a été pris d'un vertige si fort qu'il a perdu complètement connaissance pendant une heure. Au réveil il ne peut plus mouvoir les membres du côté gauche et ne parle qu'avec une certaine difficulté. Ces troubles diminuent assez rapidement et douze heures après il parle déjà bien, et après vingt-quatre heures il quitte le lit en s'aidant d'une canne. Après deux semaines il reprend son service de cocher, mais ses membres du côté gauche restent si faibles qu'il ne se sert presque plus de son bras gauche. Son intelligence après cet accident est moins vive, on est obligé de lui répéter plusieurs fois la même chose pour qu'il la comprenne.

Le malade reste dans cet état plusieurs mois, lorsque, après un accident de voiture, il tombe sous les pieds des chevaux. Depuis son état a empiré beaucoup. Les vertiges sont plus fréquents, il a une sensation d'engourdissement dans tous les membres et des palpitations si fortes qu'elles le réveillent pendant la nuit. Les membres du côté gauche perdent toute leur force et il ne peut plus exercer son métier.

Il ne marche plus qu'avec beaucoup de difficulté et seulement à l'aide d'une canne. Cet état reste stationnaire pendant deux ans, ensuite le mal fait des progrès, de sorte que quatre ans après le premier accident le malade ne peut plus quitter le lit et il vient pour la première fois à l'hôpital le 3 mai 1897.

A cette date on constate une atrophie prononcée des membres du côté gauche sans qu'ils prennent des attitudes anormales. Cette atrophie est plus marquée vers la racine des membres et la différence qui existe à ce niveau est de deux centimètres, aux avant-bras elle n'est que d'un centimètre seulement; la cuisse gauche mesure trois centimètres de moins que la droite, tandis que les jambes sont presque égales.

Le malade accuse des douleurs le long de la colonne rachidienne et dans la région épigastrique. Ces dernières simulent quelquefois les crampes, elles sont plus accusées à gauche, d'où — d'après ce que dit le malade — elles monteraient jusqu'à la gorge. Toutes ces sensations douloureuses s'exagèrent par la pression.

La sensibilité tactile est partout conservée, mais on constate une hypoalgésie très prononcée en ce qui concerne les sensibilités douloureuse et thermique, l'hypoalgésie est limitée au côté gauche y compris le visage du même côté. Les membres paralysés sont encore le siège des grands troubles de la sensibilité profonde. Quant à la sensibilité spéciale, le malade se plaint quelquefois de diplopie à l'œil gauche.

La motilité du côté droit est partout conservée. Du côté gauche le malade ne peut soulever son bras que jusqu'au niveau de l'épaule. Les mouvements de flexion se font assez bien à l'avant-bras et à la main, mais l'extension de ces deux segments est incomplète. Quant aux doigts, le malade ne peut ni les étendre, ni les fléchir complètement.

Du côté du membre inférieur gauche les mouvements de flexion de la cuisse et de la jambe sont limités, au pied l'extension ne se fait non plus.

Quand le malade essaie de se soulever dans son lit les membres inférieurs présentent de la trépidation. Ces mouvements de trépidation sont plus accusés lorsqu'on cherche à faire marcher le malade, ils cessent quand il arrive à toucher le sol avec le pied. Il ne peut marcher que soutenu et à petits pas, les pieds ne quittent presque pas le sol.

Le malade présente en plus des tremblements pendant les mouvements volontaires, tremblements qui s'exagèrent jusqu'à ce qu'il arrive au but, auquel pourtant il peut arriver.

La force musculaire est très réduite, surtout au membre supérieur gauche, celui-ci en outre est agité d'une véritable trépidation quand le malade veut serrer un objet quelconque.

Le réflexe abdominal gauche est aboli, le réflexe patellaire droit est un peu brusque et la percussion du tendon rotulien de ce côté déter-

mine en plus une contraction du quadriceps gauche. Le réflexe crémastérien ne se produit pas à gauche. Tous les autres réflexes sont normaux. Dermographisme évident, constipation permanente qui dure régulièrement quatre à cinq jours.

A la fin du mois de juin 1897, le malade a des accès de fièvre après lesquels les tremblements qu'il présenta pendant les actes volontaires cessent presque complètement. La trépidation persiste pendant la marche.

Le malade reste dans cet état jusqu'au commencement d'avril 1898, à cette date il se produit pendant quelques jours une amélioration notable, il peut quitter son lit et marcher assez bien, de sorte que le 8 avril il quitte l'hôpital.

Le 16 mars 1899 il est obligé d'y retourner et on lui trouve alors une hémiatrophie gauche plus accusée encore et une véritable hémiplégie de ce côté. La main et le pied gauche sont tombants à cause de la paralysie des extenseurs. Les mouvements des membres du côté gauche sont très limités. Le malade ne présente pas de tremblements pendant les actes volontaires. Du côté des réflexes on trouve cette fois une diminution du réflexe rotulien gauche. Le champ visuel du côté paralysé est très réduit ; l'ouïe diminuée, l'odorat et le goût complètement abolis de ce côté. La sensibilité tactile normale partout, les sensibilités à la douleur et thermique tout à fait abolies du côté gauche, excepté une petite zone dans la région mamelonnaire où on ne trouve que de l'hypoalgésie. La force musculaire du côté gauche est presque nulle. Ces troubles persistent jusqu'au 3 avril 1901, moment où le malade meurt de la tuberculose.

A l'autopsie on trouve le poumon gauche beaucoup plus petit que celui du côté droit, il ne pèse que 185 grammes tandis que le droit pèse 310 grammes. Tous les deux sont libres, non adhérents. Le poumon droit a le sommet congestionné et des tubercules caséifiés à sa base. Celui du côté gauche, en dehors de sa diminution de volume, ne présente aucune altération. Les ganglions trachéobronchiques sont hypertrophiés et adhérents. Le cœur petit, les valvules normales. Le foie est grand, congestionné, d'aspect goudronneux. Les reins et la rate congestionnés ; rien d'intéressant dans les autres organes.

Les muscles du côté gauche sont atrophiés, quelques-uns ont un aspect gelatineux, couleur de feuille morte. Ceux du côté droit paraissent être normaux.

Dans le cerveau et dans la moelle on ne voit aucune lésion macroscopique.

L'examen histologique du système nerveux, ainsi que celui des muscles nous a donné le résultat suivant : Les sections des circonvolutions frontales ascendantes et des lobules paracentraux, colorées d'après Nissl, ne montrent que de rares altérations cellulaires peu accusées. Il n'y a d'ailleurs aucune différence entre les deux hémis-

phéres. Les couches optiques sont normales. La moelle, traitée par les méthodes de Marchi et Weigert-Pal, ne présente aucune lésion des cordons nerveux ; avec la méthode de Nissl, on voit par-ci par-là des cellules altérées, mais celles-ci sont tellement rares qu'on ne leur peut pas attribuer les troubles trophiques et paralytiques des muscles.

Dans les nerfs cubital, sciatique et crural du côté droit, ainsi que dans le sciatique, sciatique poplité et crural gauche, examinés d'après la méthode de Weigert-Pal, on ne trouve que de rares fibres altérées, quelquefois un petit fascicule nerveux sans myéline. Ces lésions sont peu intenses, de sorte qu'elles ne peuvent pas expliquer non plus ni les troubles de la sensibilité — limités d'ailleurs seulement au côté gauche — ni les grandes altérations atrophiques des muscles de ce dernier côté.

Nous avons enfin examiné presque tous les muscles, colorés à l'hématoxiline-éosine et avec Weigert-Pal. Nous avons trouvé dans les muscles du côté droit des lésions peu prononcées, tandis que ceux du côté gauche sont les sièges d'altérations beaucoup plus intenses et généralisées à presque tous les muscles. Du côté droit, nous n'avons constaté des lésions que dans le triceps brachial et dans les jumeaux où il y avait une prolifération des noyaux et une légère atrophie des fibres musculaires, ainsi que dans le couturier et le biceps crural où les lésions sont encore moins avancées et où on ne trouve qu'une prolifération des noyaux, les fibres musculaires gardant leur structure normale.

Dans les muscles du côté gauche on voit une prolifération considérable des noyaux, qui forment de véritables blocs. Ces noyaux, en se multipliant par place dans l'intérieur des fibres musculaires, les dissocient en deux ou trois fibrilles de néoformation. Les fibres musculaires sont atrophiées, leur striation transversale a disparu. Le tissu conjonctif est hyperplasié et nous constatons en outre un véritable processus vasculaire. Les vaisseaux ont les parois épaisses, leur couche musculaire apparaît surtout avec une précision schématique. Ces lésions sont plus avancées dans les muscles de la cuisse gauche, celles des muscles de la jambe, du pied et du membre supérieur gauche, sont un peu moins intenses. Les altérations sont variables d'ailleurs dans les diverses portions du même muscle, c'est ainsi qu'on peut voir des lésions très étendues dans le droit antérieur et le vaste interne du quadriceps gauche, tandis que le vaste externe ne présente qu'une légère prolifération nucléaire.

Dans les fibres nerveuses intramusculaires on ne trouve que très peu de lésions.

Etant le tableau symptomatique que nous avons donné plus haut, et les résultats négatifs que nous a donnés l'examen anatomo-pathologique du système nerveux central et périphérique, le diagnostic d'hystérie s'impose, ou si l'on préfère il s'agit d'une névrose trauma-

tique, attendu que la maladie a commencé avant l'accident de voiture. Le principal facteur qui a rendu incertain ce diagnostic pendant la vie a été le degré de l'atrophie musculaire, peu habituelle dans cette névrose. La localisation de cette atrophie presque exclusive au côté gauche, sa distribution et son aspect clinique nous empêchent d'admettre une association d'hystérie et de myopathie primitive.

Comment s'est produit cette atrophie musculaire dans notre cas ? Nous croyons pouvoir la rapprocher jusqu'à un certain point de celle de l'hémiplégie organique. Dans cette dernière il y a une distriction organique du cerveau tandis que dans notre cas il y aurait eu simplement une suppression fonctionnelle de l'influx cérébral.

L'amyotrophie hystérique s'explique généralement par la suppression de l'action trophique et vaso-motrice du cerveau sur les muscles. Une interprétation plus ou moins semblable a été utilisée par Babinski, Quinke, Eisculohr, Borghernini, Rote et Muratow, Marinesco, Goldscheider, etc. pour formuler la théorie cérébrale de l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie organique.

Joffroy et Achard sont les premiers qui expliquent l'amyotrophie par l'action du cerveau sur les cellules des cornes antérieures, dans lesquelles se produiraient des lésions, comme dans les cas de Charcot, Hallopeau, Leyden, Carrière, Pitres, Crissaud, Furstner et Huvblauch, ou seulement des troubles dynamiques, ayant toujours comme conséquence l'atrophie des muscles qu'ils innervent. Plus tard Guizzetti et surtout Steiner, qui a analysé 18 observations, mettent en jeu indirectement les centres inférieurs médullaires. Pour Steiner l'action trophique des cellules des cornes antérieures est troublée par les lésions des centres supérieurs chez les enfants et chez certains adultes dont les centres spinaux n'ont pas acquis une indépendance suffisante vis-à-vis des centres encéphaliques.

D'après cet auteur seulement dans ces cas il y aurait de l'amyotrophie.

Marinesco aussi a attiré l'attention sur la diminution du nombre et du volume des cellules de la corne antérieure dans l'hémiplégie infantile.

Mais à la suite de recherches de Darkschersch, de Marinesco et des nôtres qui montrent que l'amyotrophie se produit dans presque tous les cas d'hémiplégie, la théorie des auteurs cités plus haut doit être étendue, dans le sens que l'atrophie musculaire ne se

produit pas seulement chez les sujets jeunes et chez certains adultes, mais même dans les cas où l'absence d'influx cérébral ne parviendrait pas à produire des lésions visibles au microscope dans les cellules radiculaires, la perturbation dynamogène de ces derniers serait suffisante pour produire l'amyotrophie.

Est-elle suffisante, cette absence d'incitations des centres supérieurs à produire de tels troubles dans les cellules des cornes antérieures pour que ces dernières attirent après elles une atrophie musculaire? Nous croyons pouvoir confirmer cette théorie de l'amyotrophie dans l'hémiplégie organique par nos expériences publiées dans un travail récent, où nous démontrons que la section de la moelle détermine des modifications de structure dans les cellules sous-jacentes des cornes antérieures et influence beaucoup leur réaction à distance après la section du cylindre axe ainsi que leur réparation.

De même dans certains cas d'hystérie, chez des individus avec un système nerveux peu résistant, l'absence d'incitations cérébrales peut produire des perturbations dans les fonctions toniques et trophiques des cellules radiculaires. Ces perturbations mêmes purement dynamiques des cellules des cornes antérieures s'y ajoutant encore, quelques troubles vaso-moteurs pourraient donner naissance à des atrophies musculaires intenses comme nous les avons trouvées chez notre malade.

M. le D[r] C. PARHON, docent à la Clinique des Maladies nerveuses, Médecin de l'Hôpital Pantelimon, à Bucarest, et M. Gr. NADEJDE, interne des Hôpitaux.

Nouvelle Contribution à l'Étude des Localisations, dans les Noyaux des Nerfs crâniens et rachidiens, chez l'homme et chez le chien. — La question des localisations motrices a fait dans les derniers temps des progrès considérables. Mais ces progrès regardent surtout le terrain expérimental, car chez l'homme les études de ce problème sont bien moins avancées, ayant en vue la pénurie des documents recueillis jusqu'à présent. Si l'on consulte l'excellent rapport que Sano a

présenté au XIVe Congrès des Neurologistes et Aliénistes français, dans lequel on trouve l'analyse des travaux faits sur le terrain expérimental et sur celui anatomo-pathologique, on voit combien ces derniers sont peu nombreux à l'égard des premiers(1).

Pourtant les cas qui pourraient être utilisés à ce point de vue ne sont pas trop rares et on les rencontre avec une certaine facilité surtout dans les asiles des infirmes et des incurables. Ce sont des cas d'amputation d'un membre, de traumatismes ayant détruit une région musculaire quelconque, des tumeurs ayant intéressé un nombre plus ou moins grand de muscles, des suppurations localisées dans tel ou tel de ces organes. Enfin, des cas de poliomyélite antérieure avec atrophie extrême de certains muscles et intégrité plus ou moins complète d'autres muscles de la même région.

L'intérêt de ces cas n'est pas toujours égal. Parfois les altérations médullaires sont plus grandes qu'on n'aurait pu s'y attendre. Il est alors difficile d'établir le rapport exact entre la lésion spinale et celle périphérique. Cela arrive surtout dans les cas de suppuration où il peut s'agir d'un processus de névrite ascendante infectieuse ou même toxique. Mais même ces cas ne sont pas négligeables, car il peut arriver qu'un certain nombre de noyaux en réaction nous soient déjà connus, ainsi que la localisation de la région musculaire intéressée ne peut être que dans les noyaux qui restent encore.

En tout cas il convient de recueillir soigneusement ces documents, car leur étude critique nous donnera un jour la connaissance parfaite des localisations dans les noyaux moteurs chez l'homme.

Nous devons constater avec regret que l'intérêt de ces cas est le plus souvent méconnu. Aussi nous nous permettrons d'attirer — cette fois encore — l'attention sur leur importance.

Dans le présent travail nous faisons l'étude d'un de ces documents et nous verrons qu'il est capable d'apporter une contribution à la fois à la question des localisations motrices dans la moelle et dans la région bulbo-protubérantielle.

(1) Sano, *Les localisations des fonctions motrices dans la moelle épinière.* Congrès de Pau, 1-7 août 1904.

Il s'agit d'un homme ayant présenté un cancer de la langue qui datait d'à peu près deux ans. Cet organe était presque complètement détruit et suppuré. Il ne restait plus qu'une petite portion de la base. Le pharynx et le larynx n'étaient pas intéressés. En bas et en avant la tumeur avait envahi la région sus-hyoïdienne avec le ventre antérieur du digastrique et le mylo-hyoïdien de deux côtés. Du côté gauche les téguments de la région sus-hyoïdienne étaient noirâtres et avec de nombreuses fistules. Le peaucier de ce côté était très altéré. Celui du côté droit présentait des altérations plus restreintes. Le sterno-cleido-mastoïdien du côté gauche est envahi par la suppuration dans presque toute son étendue. Il en est de même pour le stylo-hyoïdien et le ventre postérieur du côté gauche, qui sont ramollis et ont une couleur grisâtre. Nous avons trouvé dans ce cas des lésions médullaires, bulbaires et protubérantielles. Nous allons les étudier tour à tour et nous chercherons à établir leur signification.

Les altérations médullaires commencent déjà dans le premier myélotome cervical, au niveau de l'entrecroisement des pyramides ou du collet du bulbe. Cette région appartient en effet aussi bien à cette région du neuraxe qu'à la moelle épinière. Les altérations sont à ce niveau exactement cantonnées au groupe central. Nul doute que cette localisation appartient au sterno-mastoïdien, car elle correspond absolument à celle que Marinesco (1) ainsi que Mme Parhon (2) et l'un de nous ont trouvée pour ce muscle par la méthode expérimentale. Dans le deuxième myélotome cervical, nous retrouvons les altérations limitées toujours dans les cellules du groupe central qu'on ne retrouve plus dans le myélotome suivant. On trouve pourtant à ce niveau quelques cellules altérées dans le groupe antéro-externe.

Ce groupe ou au moins les cellules en réaction qu'il contient appartiennent-elles encore au sterno-mastoïdien ?

Nous ne le pensons pas. Si l'on se rapporte aux recherches expérimentales de Marinesco, on doit admettre qu'il est en relation avec le grand complexe. Seul le noyau central appartient donc au sterno-mastoïdien.

(1) Marinesco, *Semaine médicale*, 20 juillet 1904.
(2) M. et Mme Parhon, *Journal de Neurologie*, no 17, 1902 et nos 12 et 13, 1903.

Cette constatation est importante à un double point de vue. D'abord parce que — à ce que nous savons — c'est pour la première fois que l'on établit d'une façon indiscutable l'origine réelle des fibres motrices de ce muscle chez l'homme.

D'autre part, elle nous permet d'affirmer que le premier myclotome cervical intervient largement dans l'innervation du muscle en question. On sait que les auteurs ne sont pas d'accord sur le niveau d'origine des fibres motrices de ce muscle. Dans le tableau que Strümpel a dressé d'après les résultats de Rocher et Starr nous trouvons que le sterno-mastoïdien est innervé par les deux premiers myclotomes cervicaux, tandis que dans l'excellente séméiologie de Déjerine nous trouvons que ce muscle est innervé par le deuxième, le troisième et même le quatrième. Notre cas tranche la discussion, confirmant la première de ces deux opinions.

Passons maintenant à l'étude du noyau de l'hypoglosse. Comme on pouvait s'y attendre d'après ce que nous avons dit des altérations de la langue dans cet organe, on trouve dans le noyau de la douzième paire des altérations généralisées et très intenses.

Elles consistent en une atrophie très avancée de la plupart des cellules qui ne dépassent plus les dimensions de celles du noyau dorsal du pneumogastrique. On trouve pourtant certaines différences entre les cellules du groupement externe (à la partie supérieure du noyau) et les groupes moyen et interne au moins sur certaines coupes, et une différence manifeste entre tous ces groupements et celui antérieur au même niveau, comme plus bas du reste. Les cellules de ce dernier, en effet, présentent les signes de la réaction à distance récente et ne sont nullement atrophiées.

Cette constatation est très importante à notre avis. Si l'on consulte l'observation de ce malade, on y trouve que la tumeur a débuté vers la base de la langue sous la forme d'une végétation du volume d'un petit pois. Ce n'est que huit mois avant l'entrée du malade dans le service, qui eut lieu le 17 avril 1904, qu'il observa que la tumeur augmente de nouveau, envahissant surtout la région antérieure de l'organe. Nous avons vu que cette tumeur n'avait respecté qu'une petite portion de la région basale de l'organe. Il faut mettre ce fait en relation avec la constatation que

nous avons faite que les altérations sont moins intenses dans le groupe externe.

En effet, l'un de nous, dans deux de ses travaux faits en collaboration avec M. Goldstein (1) et Mme Parhon (2), croit avoir établi que le groupe externe de la partie supérieure du noyau de l'hypoglosse est en rapport avec les muscles de la région basale de la langue.

Quant au groupe antérieur, il rappelle si bien celui que Kosika et Jagita (3) ont attribué, chez le chien, au muscle genio hyoïdien, que nous croyons pouvoir admettre qu'il sert à l'innervation de ce muscle chez l'homme aussi, et cela d'autant plus que les altérations de ce groupe sont toutes récentes, ce qui concorde parfaitement avec le fait que ce muscle, par sa situation même, n'a pu être envahi par le néoplasme que tout récemment.

Si l'on passe maintenant au noyau du facial, on constate d'un côté comme de l'autre des altérations dans le groupe que l'un de nous a désigné dans un travail antérieur fait avec la collaboration de M. Papinian, sous le nom de second groupe ventral. Mais le nombre de cellules malades n'est pas égal du côté droit et du côté gauche.

Tandis que de ce dernier côté toutes ou presque toutes les cellules de ce groupe sont en réaction, du côté droit on n'observe ce phénomène que dans un nombre restreint de cellules placées surtout à la partie externe et supérieure du deuxième groupe ventral qui, sur la plupart des coupes provenant de la partie inférieure du noyau, est complètement normal. Nous avons trouvé encore deux cellules en réaction dans le premier et le deuxième groupe dorsal du côté gauche.

A priori on pouvait s'attendre à ce que les altérations centrales soient beaucoup plus prononcées du côté gauche que du côté droit, car il en était de même de celles périphériques.

Parmi les muscles détruits nous croyons que ce sont le digas-

(1) Parhon et Goldstein, *Lésions secondaires dans les cellules du noyau de l'hypoglosse à la suite d'un cancer de la langue* (*Roumanie médicale*, 1er juin 1900).

(2) C. et Mme C. Parhon, *Contribution à l'étude des localisations dans le noyau de l'hypoglosse* (*Revue Neurologique*, 15 mai 1903).

(3) Kosaka et Jagita. *Experimentelle Untersuchungen über die Ursprunge des nervus hypoglossus und seines absteigenden Astes. Jahrbücher f. Psychiatria und Neurologie,* p. 150, 1903.

trique (son ventre postérieur) le stylo-hyoïdien et le stylo-glosse qu'il faut mettre en rapport avec le second groupe ventral. Pour le dernier c'est surtout dans les cellules les plus externes de la partie supérieure de ce groupe qu'il faut chercher la source de son innervation, car c'est là surtout qu'on rencontre les altérations cellulaires du côté droit où les muscles innervés par le rameau stylo-hyoïdien du facial ne présentent pas d'altérations. Par contre, du côté gauche le groupe dont nous parlons est altéré dans son ensemble.

D'une façon générale on peut donc conclure que le deuxième groupe ventral représente la source de l'innervation motrice des trois muscles cités.

Dans un travail antérieur publié par l'un de nous en collaboration avec M. Papinian, ayant trouvé des altérations dans certaines cellules situées du côté le plus ventral du noyau, ils ont estimé comme probable que ces cellules sont en relation avec le muscle peaucier du cou. Dans le présent cas ces cellules ne présentent pas de lésions, malgré la destruction très prononcée de ce muscle. Nous sommes donc obligés d'être plus réservés sur ce point.

Dans le même travail, bien que le muscle mylo-hyoïdien et le ventre antérieur du digastrique semblaient intéressés par la tumeur, l'un de nous, avec M. Papinian, n'a pas trouvé des altérations dans le noyau du trijumeau. Ces deux muscles sont innervés en effet par le vaisseau mylo-hyoïdien de ce nerf. Mais chez le chien, bien que le digastrique ne présente pas deux ventres comme chez l'homme, il reçoit, d'après Baune et Ellenberger, son innervation non seulement du trijumeau mais aussi du facial. D'après ces mêmes auteurs le mylo-hyoïdien reçoit ces fibres non seulement de la cinquième paire mais aussi de la douzième. En absence des lésions du noyau du trijumeau, l'un de nous, avec M. Papinian, a pensé qu'il était possible que le digastrique reçût son innervation du deuxième groupe ventral du facial non seulement pour son ventre postérieur, mais aussi pour l'antérieur. De même, pour le mylo-hyoïdien, ils ont pensé pouvoir placer provisoirement sa localisation dans le noyau de la douzième paire. Nous pensons pourtant aujourd'hui qu'il vaut mieux rester à l'opinion classique. En effet, non seulement dans notre cas, nous avons trouvé des altérations dans le noyau du trijumeau, mais

ayant extirpé chez un chien le digastrique et le mylo-hyoïdien et l'animal ayant succombé, après six jours, nous n'avons pas trouvé des altérations ni dans le noyau du facial, ni dans celui de l'hypoglosse, mais les altérations sont évidentes dans celui du trijumeau.

Dans notre cas, les altérations dans le noyau du trijumeau commencent dans la partie la plus inférieure de ce noyau, où toutes les cellules sont en réaction. Mais bientôt, apparaissent en avant, en arrière et en dehors du groupe en réaction, des cellules qui ne présentent pas d'altérations. A ce niveau, le groupe en réaction est plus réduit que celui de l'extrémité inférieure du noyau. Il disparaît d'ailleurs complètement à un niveau plus élevé et on ne trouve plus de modifications structurales dans la partie où le noyau de la cinquième paire affecte son plus grand développement.

Chez le chien, nous avons trouvé des altérations qui commencent toujours à la partie la plus inférieure du noyau du trijumeau. A ce niveau on ne trouve qu'un seul groupe dont les cellules présentent une réaction manifeste du côté où le muscle digastrique a été réséqué et on pourrait conclure qu'il représente la source de l'innervation motrice de ce muscle, mais on trouve aussi un nombre assez grand de cellules malades, quoique avec des altérations moins intenses dans le groupe du côté opposé. Un peu plus haut apparaît, en avant et un peu en dedans de ce groupe, un autre formé de cellules plus petites et également en réaction. Nous pensons qu'un de ces groupes, plutôt le dernier, doit représenter le centre du mylo-hyoïdien, tandis que l'autre, celui du digastrique.

La bilatéralité des altérations doit être attribuée vraisemblablement au fait que, à cause de l'ablation du mylo-hyoïdien, la plaie était en communication directe avec la bouche, d'où infection et suppuration.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons conclure que les deux groupes représentent ensemble l'origine réelle de la branche mylo-hyoïdienne du trijumeau, laquelle innerve à la fois le digastrique et le mylo-hyoïdien.

Nous pouvons dire la même chose sur la signification des cellules en réaction que nous avons trouvées dans le noyau du trijumeau chez l'homme et dont la situation rappelle beaucoup celle des cellules que nous venons de décrire chez le chien.

Nous terminerons ce travail en disant quelques mots sur les altérations que nous avons trouvées dans le noyau du trijumeau chez deux chiens auxquels nous avons réséqué respectivement le muscle temporal et le masséter. Le premier animal fut sacrifié après 16 jours; le second après dix jours. Les altérations occupent, dans le premier cas, un grand groupe qui apparaît à un niveau un peu plus supérieur que les deux groupes de la branche mylo-hyoïdienne, qui persiste sur toute la partie supérieure du noyau occupant sa partie la plus postérieure. Ce qui reste encore du noyau innerve certainement le masséter, les ptérygoïdiens et le muscle du marteau, ainsi que le péristaphylin externe. Pour le premier, son centre occupe un groupe antérieur situé en dehors de ceux qui appartiennent au mylo-hyoïdien et au digastrique, car c'est dans ce groupe que nous avons trouvé des altérations chez l'animal avec la réaction du masséter. Les ptérygoïdiens reçoivent vraisemblablement leur innervation d'un groupe placé plus en arrière et plus en dehors que celui du masséter. Nous ne savons pas pour le moment où placer le centre du muscle du marteau ni celui du péristaphylin externe.

Nous commençons donc à fixer nos connaissances aussi sur les localisations dans le noyau du trijumeau et nous trouvons dans celui-ci, comme dans les autres, des groupes en rapport avec les différentes branches du nerf ou avec les muscles auxquels elles se distribuent.

MM. les Drs PARHON et PAPINIAN (de Bucarest).

Note anatomo-chimique sur un cas d'Hémiplégie ancienne avec température plus élevée du côté paralysé. — Nous avons eu l'occasion d'observer un hémiplégique dont la paralysie siégeant du côté droit datait depuis deux ans et qui présentait, malgré cette longue distance du début de sa paralysie, la température plus élevée du côté hémiplégique. La main du côté paralysé était en outre le siège d'un œdème dur, plus manifeste sur la face dorsale. Les doigts étaient gonflés et fusilés. La tension artérielle était abaissée comme d'habitude du côté

malade et les sphigmogrammes de ce même côté présentaient le caractère qu'elles ont ordinairement dans les cas anciens d'hémiplégie. Les membres du côté hémiplégique présentaient des troubles objectifs de la sensibilité sous la forme d'une anesthésie tactile. Ils étaient en outre le siège de douleurs très intenses. La température axillaire de ce côté était de 0.1 à 0.5 supérieure à celle du côté opposé. Les troubles de la sensibilité nous ont fait penser qu'il était possible que dans ce cas il existât une lésion de la couche optique. Nous avons présenté (grâce à l'extrême obligeance de M. Charles Féré) une communication sur ce cas à la Société de Neurologie de Paris (Séance du 2 mars 1905).

A cette occasion nous rappelions que la lésion du corps strié produit d'abord une élévation de la température du côté opposé, suivie bientôt d'un abaissement, et citant certaines expériences de Pruss, d'après lesquelles la couche optique aurait sur la circulation des effets contraires à ceux du corps strié, nous nous demandions si la lésion du thalamus ou d'une partie de cette région ne pouvait produire aussi sur la température des effets opposés à ceux des altérations du corps strié.

Depuis la présentation de cette communication le malade succomba à la suite d'une tuberculose pulmonaire. L'examen anatomo-pathologique du cerveau semble répondre par l'affirmative à cette question. En effet, on trouve à la partie postérieure de la couche optique un foyer hémorrhagique ancien, de la grosseur d'une cerise, qui se prolonge sous la forme d'une fissure linéaire et sectionne la partie la plus postérieure de la capsule interne et empiète un peu sur le globus palidus.

Tout récemment MM. Gruner et Bertolotti ont publié un cas qui présente avec le nôtre ce point commun que la température était plus élevée du côté paralysé. Ce même côté était en outre, comme dans notre cas, le siège de douleurs assez intenses. Ces auteurs rappellent que Isaac Ott est d'avis que les tubercules quadrijumeaux sont en connexion avec des centres thermolytiques et se demandent si ce n'est l'un de ces tubercules (qui existait dans leur cas) qu'il faut incriminer pour expliquer la dyssimétrie thermique qui existait dans leur cas.

Mais dans celui-ci comme dans le nôtre il existait encore une lésion de la couche optique et nous croyons que nous sommes en

droit de nous demander si cette lésion n'a pu intervenir dans la production du trouble dont nous parlons.

Dans une observation clinique, intéressante à plus d'un point de vue, et à propos de laquelle MM. Raymond et Courtellemont attiraient les premiers l'attention sur un cas d'hémiplégie avec température plus élevée du côté paralysé, on trouve encore notés des troubles objectifs (hyperesthésie) et subjectifs (douleur sourde et continue) de la sensibilité. De sorte que dans ce cas peut-être aussi la couche optique n'était pas intacte.

Quoi qu'il en soit, notre cas, ainsi que celui de Gruner et Bertolotti, outre qu'il confirme l'opinion de Déjerine et Long sur l'importance des lésions de la couche optique dans la genèse des troubles de la sensibilité de l'hémiplégie sous-corticale, montre l'existence d'un nouveau symptôme (l'élévation de la température du côté opposé à la lésion) coexistant avec les troubles de la sensibilité.

Ce symptôme devra, à notre avis, être cherché systématiquement. Peut-être pourrait-il s'ajouter aux autres qui constituent le syndrome thalamique de Déjerine. S'agit-il d'un trouble de déficit ou par contre d'un phénomène d'excitation? C'est plutôt la première alternative qui nous semble probable, mais nous ne voulons rien affirmer.

M. le D[r] BONNET, Médecin-Directeur de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

État actuel de l'assistance familiale des Aliénés en France. — On ne saurait méconnaître que depuis quelques années les pouvoirs publics aient fait de louables efforts pour améliorer le sort des malheureux aliénés confiés à leurs soins.

Le progrès le plus récent et le plus bienfaisant a été réalisé par le département de la Seine en créant le placement en liberté des aliénés chroniques inoffensifs. Le département de la Seine, toujours à l'avant-garde du progrès, surtout en ce qui touche aux questions d'assistance, s'inspirait de l'exemple donné depuis longtemps par la Belgique.

Si ce progrès ne s'était pas réalisé plus tôt en France, c'est que la plupart des aliénistes avaient exprimé l'opinion que le système familial pratiqué à Gheel était inimitable.

M. Falret, notamment, ne croyait pas qu'on pourrait faire accepter, même par une famille de pauvres gens, des aliénés qui seraient plutôt pour cette dernière une charge qu'un profit à cause des soins qu'ils exigent. M. Falret ne croyait pas non plus qu'on pût triompher de la crainte qu'inspirent au public les aliénés, qu'on s'imagine généralement dangereux et redoutables.

« Comme M. Falret, dit M. le docteur Riu au congrès de Blois, 1893 (in compte-rendu du Congrès, page 68), nous pensons que la condition des aliénés à Gheel ne peut être reproduite de toutes pièces dans d'autres contrées : elle est le produit des siècles, le résultat d'une longue tradition perpétuée de générations en générations. »

Or, détail piquant, à cette époque la colonie de Dun était déjà fondée !

En France, l'expérience à tenter était difficile. Grâce à l'intelligente initiative de M. le docteur Marie, encouragé par la sollicitude éclairée de l'administration préfectorale de la Seine, le système familial de Gheel trouva des imitateurs.

Il avait fallu des siècles pour créer Gheel et on avait donc quelque raison de reculer devant les difficultés d'une pareille entreprise.

Avec un véritable zèle d'apôtre, M. le docteur Marie créa en 1892 la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). La Colonie d'Ainay-le-Château fut établie en 1900.

Je ne m'attarderai pas à en décrire l'installation et le fonctionnement : choses déjà connues.

C'est une œuvre toute faite d'humanité et de bonté.

Ce que je désire faire aujourd'hui, c'est de montrer l'état actuel et le progrès de ces essais qui ont été entièrement satisfaisants.

Cette expérience, qui s'étend sur une période de plus de quinze ans, permet de bien juger des résultats obtenus et de se rendre compte des avantages et des inconvénients de ce système qui doit être encouragé. Ce mode d'assistance, brisant nos mœurs routinières, marquera pour les aliénés une ère nouvelle qui est

de nature à produire les meilleurs résultats, soit au point de vue financier, soit au point de vue humanitaire.

Bien que quelques Conseils généraux se croient encore quittes de toute obligation envers les aliénés lorsqu'ils ont à peu près assuré leur nourriture et leur logement, on peut dire en général que les temps sont passés où l'asile d'aliénés n'était qu'une simple garderie de fous.

On a compris que la voie de l'avenir devait être de transformer nos asiles en maisons de traitement, en hôpitaux, en instruments de guérison.

De même que nous constatons des progrès incessants dans l'évolution des sciences, des arts, des sociétés, de même, sous peine de décadence, nous devons introduire dans certaines organisations anciennes, des réformes, des améliorations conseillées par une philanthropie chaque jour plus libérale, plus éclairée que jadis.

L'assistance à domicile constitue un de ces progrès dont il faudra user largement dans l'avenir. Elle est utile aux malades en même temps qu'à la population qui les reçoit.

Pour les aliénés chroniques inoffensifs, la séquestration, le séjour morne et attristant de l'asile devra être remplacé par l'usage d'une liberté surveillée, plus compatible avec l'état de ces infortunés.

Certes le placement à domicile n'est pas une panacée universelle applicable à tous les aliénés. Mais l'asile fermé, l'asile prison, n'est pas non plus la panacée qui doit suffire au traitement en bloc de tous les aliénés. Il a été trop longtemps considéré comme le seul instrument de traitement de la folie.

L'un et l'autre doivent se compléter et non se détruire. Il convient de demeurer fidèle à une méthode de sage éclectisme et de s'abstenir d'exagération et de parti pris. Pour le plus grand bien des malades, il faut à l'avenir faire coopérer l'un et l'autre système du traitement des aliénés.

Certains croient encore naïvement que l'asile fermé est une entité préexistante à l'aliénation. Cette institution serait seule digne d'intérêt et l'aliéné doit se conformer, s'adapter avec bonne grâce à sa discipline. Il doit ignorer la nostalgie du plein air. Erreur funeste !

L'asile fermé ne s'accommode pas suffisamment à la complexité

des faits observés. Les maladies mentales, même celles qu'on peut rattacher à une série plus ou moins homogène, présentent de grandes variétés. Il faut donc leur opposer des traitements multiples.

Plus on progresse et plus on s'aperçoit aujourd'hui que nos anciennes formules pathogéniques de la folie sont trop absolues ou trop sommaires.

Les bases fondamentales de la Science, depuis les découvertes de la radio-activité, pour ne citer que celle-là, sont ébranlées.

Nous vivons dans une atmosphère d'influx, de rayons N, ou X, de courants variés, de vibrations de l'éther, toutes nouvelles découvertes qui peuvent amener une révolution dans notre conception de la matière et de l'énergie. Nous nous rendons seulement compte de la complexité de ces phénomènes.

A ces causes complexes, nous n'opposons qu'une thérapeutique trop simple, trop sommaire.

Notre organisation sociale elle-même se fait plus complexe, et dans nos asiles, les déshérités de la raison appartiennent à des catégories de plus en plus disparates qui réclament des soins plus variés, une assistance mieux appropriée à leurs besoins.

Comme toute chose humaine, notre vieil asile type doit se transformer et s'adapter à des nécessités nouvelles.

Dans l'intérêt du progrès, des spécialisations doivent s'y établir : asiles spéciaux pour épileptiques, pour convalescents, pour faibles d'esprit, pour criminels, etc..... L'uniformité, la monotonie nuisible des conditions actuelles de l'asile doit subir des modifications.

Ce qu'un département ne pourrait faire, plusieurs départements consentiraient peut-être à l'exécuter en commun, et pourraient diriger sur ces établissements inter-départementaux ou régionaux leurs malades respectifs.

« La poussée du progrès, dit M. Brousse, dans la *Revue Muni-* « *cipale* (décembre 1897) entraîne les médecins de tendances ar- « riérées les plus timides..... Le département de la Seine, le dé- « partement de Paris marche en tête. Nettement on perçoit dans « la masse jadis inorganique de l'asile, les grandes lignes de l'être « organisé nouveau, la clinique, l'hôpital, l'hospice, la colonie,

« l'outil se modifiant avec la division du travail, s'appropriant à la « besogne diverse... Les jours de l'asile, de la garderie d'aliénés « sont comptés. »

L'assistance familiale peut utilement se faire l'auxiliaire de l'asile et former un rouage de perfectionnement de ce dernier. Dans la période aiguë, un malade placé dans l'asile fermé y est soumis à tous les procédés de traitement les plus judicieux et les plus modernes. Puis quand on craindra que la monotonie de la vie de l'asile n'affaiblisse la vie cérébrale du malade et ne détermine la démence progressive, on aura recours à l'assistance familiale, à la vie en liberté, à la vie sociale qui viendront aider à relever, à tonifier son activité mentale. L'assistance familiale devient ainsi non seulement un mode d'assistance, mais encore un moyen de traitement ayant ses indications particulières.

C'est un rouage de l'asile qu'il désencombre et qu'il rend à son véritable but : qui est d'être un instrument de guérison.

Lorsque notre thérapeutique ne donne pas de résultats, pourquoi se décourager ? Pourquoi ne pas demander à une meilleure hygiène, à un traitement moral mieux compris, une amélioration de l'état mental ?

La séquestration peut devenir néfaste. L'ennui, le désespoir peuvent compliquer l'affection mentale. Il n'y a pas lieu de persister toujours et quand même dans un isolement rigoureux.

Il est nombre d'aliénés chroniques inoffensifs qui demandent leur sortie avec insistance. Puisque leur internement ne doit pas amener leur guérison, puisqu'ils pourraient, sous réserve de surveillance, vivre au dehors, pourquoi les maintenir dans nos asiles fermés ? Pourquoi leur imposer la souffrance d'une contrainte perpétuelle puisque la séquestration est devenue inutile ?

La Société ne doit-elle pas un mode plus éclairé d'assistance et surtout de traitement à ces malheureux, victimes d'une infortune souvent imméritée ?

Le placement à domicile est tout indiqué pour ces malades et répond aux sentiments d'affectueuse compassion qu'ils éveillent en nous.

Une lacune importante de nos grands asiles est de s'opposer à la rééducation psychique du malade. Plongé dans une sorte de cristallisation de la pensée, sa vie factice lui interdit plus ou moins

l'utilisation active de ce qui lui reste de raisonnement. Nous voulons la guérison de son cerveau et nous tuons son libre arbitre, ou tout au moins nous le supprimons en grande partie. Aussi, qui ne se rappelle avec tristesse ces figures inanimées, hébétées, ces gestes inconscients d'automates des vieux pensionnaires de nos asiles. Ne dirait-on pas qu'on leur a incorporé cette règle de Loyola : « Tu seras un cadavre » ?

Le placement de l'aliéné chronique inoffensif en famille est un bienfait pour les malades, qui sont ainsi replacés dans des conditions de vie normale, dans un milieu qui a été le leur. Ils peuvent être mieux soignés que dans nos grands asiles, où le personnel doit assister de nombreux malades.

Là ne s'arrête pas, pour les malades, l'action bienfaisante du placement familial. Leur intelligence engourdie se réveille. Ils trouvent dans cette vie de tous les jours de petites satisfactions dont ils sont heureux et qui agissent favorablement sur leur moral. Ils rendent de petits services, la vue des enfants leur est particulièrement agréable. Le nourricier se transforme pour chaque malade en un gardien spécial, avantage qui n'est permis dans nos asiles qu'aux pensionnaires fortunés.

La mise en activité d'une partie restreinte du cerveau, impossible dans nos asiles-casernes, est possible avec le placement familial. Elle peut réveiller cet état passif de vague conscience, d'automatisme intellectuel où est plongé l'aliéné chronique. Est-ce que pour nous-même, nous ne recherchons pas avec succès un changement de milieu, afin de nous tirer parfois de certains états passagers de fatigue cérébrale, de nonchalance intellectuelle ? Sous ces influences bienfaisantes de l'exercice vivifiant, de l'air pur, d'un peu de gaîté, tous biens dont il avait été privé jusque-là, tel malade réputé incurable pourra s'améliorer considérablement ; tel malade que sa torpeur intellectuelle éloignait du travail pourra s'éveiller et rendre quelques services.

Il est évident que le milieu social doit être utilisé pour concourir à la guérison ou au soulagement des aliénés. On ne l'a pas compris assez tôt.

On s'étonnera plus tard qu'on ait pu tenir si longtemps enfermés les aliénés inoffensifs à l'intérieur de murailles inutiles et qui rendent impossible la psychothérapie, le traitement moral. L'inter-

nement prolongé s'oppose au remède si simple et si bienfaisant de la vie saine, normale, de la vie réelle.

Cette barrière infranchissable détruit la personnalité humaine, impose une promiscuité déplaisante, une monotonie de vie fâcheuse, une torpeur intellectuelle désastreuse pour le malade susceptible ou de guérir ou de s'améliorer. La chronicité peut en être la triste conséquence.

N'est-il pas préférable — car le progrès de l'humanité ne doit pas s'arrêter — de recourir à l'assistance familiale ?

Avec elle, plus d'agglomérations, de constructions onéreuses. La liberté, le bien-être, la libre disposition de soi-même, sous réserve d'une surveillance discrète et bienveillante, l'absence de discipline rigide, l'illusion de la famille source d'émotions saines et utiles, entretiennent le moral du malade et respectent sa dignité d'homme. Quelle belle leçon d'humanité !

Le traitement familial met en pratique, sans s'en rendre compte, tout comme M. Jourdain faisait de la prose, cette médecine de l'esprit qui consiste à susciter l'activité mentale, à faire appel au raisonnement. Cette psychothérapie se fait d'elle-même, sans bruit et sans méthode. Le nourricier est directement intéressé au relèvement de son malade. Par la force même des choses, cette vie saine, normale et sociale détermine une patiente éducation ou rééducation de l'esprit qui modifie la mentalité du malade et produit de bienfaisants effets.

En tout cas, le placement familial évite le séjour pénible des Asiles et remédie à la désocialisation de l'aliéné, à sa déchéance progressive physique et morale.

Ces bienfaits sont grands et j'avais pu déjà m'en rendre compte lors d'une visite que je fis à la colonie de Dun en 1898.

Souscrivant à cette idée généreuse et pratique, j'en proposai l'application dans l'Isère à un moment où l'augmentation du nombre des aliénés nécessitait de nouvelles constructions, de nouveaux gardiens. Mais nul ne voulut m'aider... à devenir prophète en mon pays.

Je ne cesse, depuis que j'ai l'honneur de diriger la colonie familiale d'Ainay-le-Château, de réfléchir au sort des aliénés fermés et de me réjouir de celui... des autres. Il est certain que la colonie ne fait pas regretter l'asile, au contraire.

Je n'hésite pas à dire que le placement familial bien organisé dans ses applications variées (aliénés, enfants abandonnés ou coupables, débiles mentaux, convalescents, vieillards, etc.,) est une des formes les plus désirables d'assistance.

J'ai déjà montré cependant qu'on considérait le placement familial des aliénés comme une de ces utopies généreuses d'autant plus belles qu'irréalisables. Il fallait donc un certain courage pour le tenter et pour résister à l'opinion générale.

Lierneux, il est vrai, colonie de création plus récente que Gheel, était un exemple encourageant. Les systèmes de Lierneux et de Gheel sont du reste différents l'un de l'autre.

M. le Dr Marie s'employa à détruire les préjugés existants. Il arriva à faire comprendre que la crainte inspirée par les déments était exagérée et qu'elle devait faire place à un plus juste sentiment de pitié. Pour faciliter le placement à domicile on n'hospitalisa d'abord que des femmes. Les premières arrivées furent plus spécialement choisies.

La population de Dun put s'assurer que les malades étaient inoffensifs.

Peu à peu les demandes affluèrent. La cause du placement familial était gagnée.

Après avoir reçu seulement des déments séniles, on reçut d'autres catégories de malades.

Une première annexe de la colonie fut créée en 1894 à Bussy; une deuxième en 1896 à Levet, puis une troisième à Ourouer-lès-Bourdelins. Il est aujourd'hui question d'ériger une de ces annexes en colonie autonome. Les progrès furent donc rapides. La colonie de Dun-sur-Auron comprenait au 31 décembre 1904, 886 pensionnaires.

L'expérience paraissait plus scabreuse pour les hommes. Elle fut tentée à Ainay-le-Château, qui ne fut aussi au début qu'une annexe de Dun et ne comprenait que des femmes.

M. le Dr Vigouroux était chargé d'y faire des tournées hebdomadaires sans préjudice des visites supplémentaires pour cas d'urgence et de maladie réclamant des soins plus fréquents. Ainay est distant de Dun de 24 kilomètres.

Ainay-le-Château (Allier) devient le siège d'une nouvelle colonie familiale autonome le 1er juin 1900. M. le Dr Lwoff en fut nommé

médecin-directeur. La population s'habitua aux hommes, qui sont susceptibles de rendre plus de services à leurs nourriciers. La colonie se développa d'une façon continue.

La population était de :

71	au	31	décembre	1900
121	au	31	—	1901
281	au	31	—	1902
371	au	31	—	1903
399	au	31	—	1904
395	au	31	—	1905

Ajoutons que 15 malades femmes sont employées aux travaux de couture, de raccommodage, et de confection à l'atelier de la colonie. C'est une excellente pratique au point de vue économique et leur présence à côté des hommes ne donne lieu à aucun incident fâcheux. Elles sont réintégrées, si besoin est, à la colonie de Dun.

A son arrivée à la colonie, le malade est placé en observation à l'infirmerie centrale. On étudie son dossier, on se rend compte de son état mental, de son caractère, et on cherche le placement qui lui conviendra le mieux. Il n'est pas possible évidemment de connaître de suite ses goûts, ses sympathies.

Suivant des indications que le temps seul peut fournir, des changements de nourriciers sont faits. Il m'est arrivé, par un choix inespéré de nourriciers, de pouvoir conserver à la colonie tel ou tel malade dont le transfert avait été demandé et de provoquer, par un heureux changement, une amélioration notable de l'état mental. Cette connaissance du caractère de l'aliéné, de son individualité, peut ne se faire que par la pratique et nécessiter quelques changements de nourriciers jusqu'à ce qu'on ait trouvé le plus adaptable. Il ne faut pas s'exagérer les inconvénients de ces mutations de nourriciers. C'est une chose simple et qui prouve au contraire la souplesse du régime.

Ce serait sortir du cadre fixé que d'étudier en détail le fonctionnement de la colonie, les réglements imposés aux nourriciers, l'organisation de la surveillance, etc.

Le malade vit en liberté complète, mais sous réserve d'une surveillance discrète et continue. N'ayant aucun moyen de contrainte, le personnel médical est tenu à une grande activité. Le

médecin n'ayant d'autre action sur les malades que son influence morale, doit fréquemment intervenir. Un conseil, une bonne parole donnés à propos, un appel au bon sens agissent plus efficacement que les camisoles et les murs de l'asile fermé.

Néanmoins, pour permettre à ce mode d'assistance de donner son maximum d'effet utile, pour éviter les incidents regrettables, pour régler les rapports avec les nourriciers et la population, pour faire de la Colonie une chose vivante et harmonieuse, il faut des efforts persévérants. Je me hâte de dire que dans ce domaine intéressant, le médecin qui aime son art, qui est désireux de libre initiative, recueille bien des satisfactions.

Le prix de revient à Ainay de chaque malade est de 1 fr. 60. La Seine, qui paie pour ses malades un prix moyen de 2 fr. 60 par jour, y trouve donc un avantage sérieux. Mais ce serait se tromper que de ne pas reconnaître à l'innovation du Conseil général de la Seine son caractère généreux. En se plaçant au simple point de vue économique, la Seine aurait pu continuer à faire soigner ses malades à un prix inférieur à 1 fr. 60 dans plusieurs asiles de province. Le prix de revient actuel pourra être abaissé par l'augmentation de la population traitée.

L'avenir de la Colonie d'Ainay se présente sous un jour favorable, et si la progression de la population n'y est pas aussi rapide qu'à Dun, cela tient à une cause étrangère à la Colonie elle-même.

En effet, le nombre des demandes de placement n'a jamais été aussi élevé. J'ai actuellement 125 demandes que je ne puis satisfaire.

A Dun, du reste, on a constaté en 1904 une diminution de la population traitée : 908 malades au 1er janvier, 886 au 31 décembre.

Pour mon distingué collègue M. le Dr Truelle, la cause en serait à la difficulté momentanée de trouver des malades susceptibles de vivre en colonie familiale.

Il faut noter, il est vrai, que la création de l'asile de Moisselles, en Seine-et-Oise, pour aliénées tranquilles, prive Dun d'une partie de la population susceptible d'y être traitée.

Mais, à mon avis, cette raison possible pour Dun, n'est pas à mettre en cause pour Ainay.

Il est juste de remarquer que la population aliénée entretenue par le département de la Seine soit à Paris, soit en province, qui

est au 31 décembre 1904 de 14 489, compte un plus grand nombre de femmes que d'hommes (8 450 contre 6 039). Cette différence provient sans doute de la rareté relative de la paralysie générale chez les femmes. Le choix est donc plus grand.

Après avoir monté rapidement en épuisant l'ancien stock des malades de la Seine aptes à bénéficier du placement familial, la population d'Ainay est restée stationnaire en 1905.

Les causes de cet arrêt sont intéressantes à rechercher. Les pensionnaires que nous recevons sont nés à Paris ou y ont acquis leur domicile de secours.

Nous nous heurtons en vérité au courant général qui a fait déserter les campagnes pour la ville. Comment remonter une si formidable poussée ? Comment faire comprendre à des gens ayant trouvé à la ville le bien-être, ayant des habitudes prises, des besoins de satisfaction intellectuelle, que leur intérêt bien entendu est de quitter les grandes villes ? Comment les ramener, non pas même à la terre, mais à la campagne ? On sait que tout bon Parisien est terrorisé à l'idée de retourner à la campagne. Nos malades, peut-être plus que d'autres, n'échappent pas à ce travers.

Les parents qui ne comprennent pas l'intérêt bien entendu de leurs malades, les malades eux-mêmes mettent tout en œuvre pour échapper à cette alternative qu'ils redoutent.

Les protections sont sollicitées de toutes parts, et c'est à peine si sur une quantité donnée de malades désignés pour bénéficier de la vie familiale, le quart consent au déplacement ou le subit ne pouvant y échapper.

Cela est si vrai, que notre population est en grande partie composée de malades ayant peu ou pas de relations. Les Alsaciens-Lorrains notamment, forment à peu près le tiers de notre population. A la suite de quelles aventures, de quelles douloureuses pérégrinations ces malheureux témoins d'une triste page de notre histoire nationale sont-ils venus à Ainay ? On s'en doute.

Il serait à souhaiter que les pouvoirs publics accueillent moins favorablement de pareilles demandes dans l'intérêt bien entendu des malades.

Il est nécessaire de venir au secours de l'aliéné victime d'un entraînement qui a dépassé la mesure, victime de l'exode rurale vers les villes, avec toutes ses fâcheuses conséquences. Il est

nécessaire de lui opposer une douce violence, de lui faire comprendre que son intérêt lui prescrit le retour bienfaisant à la terre.

Du reste, les littérateurs eux-mêmes se rendent compte de cette vérité médicale. Le plus récent de nos académiciens, Maurice Barrès, a formulé nettement ce conseil en d'admirables pages sur le patriotisme et la tradition. « Va, dit-il à son disciple, tu peux marcher dans l'existence hardiment. Garde-toi seulement de trancher les racines qui te fixent à la terre natale, qui t'obligent à l'immobilité. Tu es semblable aux arbres. Sans crainte tu peux abandonner ta cîme aux souffles contradictoires des vents, mais la souche ne saurait être déplacée sans danger. »

Il faut lutter contre cet engouement pour la ville, grande génératrice de folies par les déceptions qu'elle entraîne et qui détraquent, par l'incessante tension de l'esprit qu'elle détermine.

C'est à quoi je m'emploie le plus possible. En effet, M. le Directeur des Affaires Départementales a récemment décidé « que les médecins des colonies familiales se rendraient dans les asiles de la Seine dans le but d'examiner, de concert avec les médecins traitants, quels sont les malades qui paraissent susceptibles de bénéficier du placement familial. »

Rien n'est plus juste, car du choix judicieux des malades dépend la prospérité des colonies familiales. Ce choix ne saurait être mieux fait que par un médecin compétent habitué aux placements à domicile.

M. Émile Mahé disait avec raison au premier congrès d'assistance familiale, en Octobre 1901 : « Je suis toujours d'avis qu'il faut laisser au médecin responsable le soin d'envoyer dans les colonies familiales ceux qu'il croira le plus aptes à en profiter, mais je crains qu'il n'y ait une tendance à trop élargir le cercle des inoffensifs et il faut bien se pénétrer qu'une imprudence pourrait compromettre gravement l'avenir de nos colonies. »

Au cours de ces visites dans les asiles de la Seine, je m'emploie — connaissant le mal — à encourager les malades, à leur faire mieux comprendre leur intérêt, à chercher à dissiper leurs craintes exagérées et je les engage à bénéficier du placement familial.

Je me heurte aussi à une confusion qui existe dans leur esprit au sujet de la colonie, qu'ils confondent avec un asile de province.

Jamais on ne croirait combien profonde et tenace est la crainte qu'ils ont des asiles fermés de province! Je ne parviens pas toujours à triompher de leurs appréhensions. Insister serait une faute; ce serait volontairement aller au devant des fugues, des évasions, etc. J'attends la visite suivante pour les raisonner encore.

Je me sers des malades transférés pour convaincre les hésitants. J'obtiens d'encourageants résultats et je commence à recevoir directement des malades de la Seine, des demandes de transfert pour Ainay.

Je me plais à rendre hommage à l'obligeance de mes collègues de la Seine auprès desquels j'ai trouvé le meilleur accueil pour m'aider dans ma tâche et pour concourir à l'amélioration du sort des malheureux confiés à leurs soins. M. le D[r] Vigouroux a eu l'initiative, dont je le remercie, de m'envoyer en communication les très complètes observations qu'il avait prises sur les malades de son service transférés à Ainay.

Du reste le traitement de l'aliéné à domicile, en dehors des asiles, traitement plus libéral et plus humanitaire, ne pourra se développer normalement et réussir individuellement qu'avec l'aide de nos collègues des asiles de la Seine.

Au cours de sa dernière visite aux colonies, M. Poiry, membre du Conseil général, a demandé qu'on fasse à Ainay et dans les environs, un essai d'application d'assistance familiale aux enfants arriérés, faibles d'esprit, etc.

M. Poiry ayant étudié sur place cette éventualité, a donné l'assurance que ces placements sont possibles (Cette proposition a été depuis lors approuvée par le Conseil général).

A notre avis, cette innovation marquerait un heureux progrès dans le traitement des enfants arriérés.

Cet essai de placement familial qui sera tenté au printemps prochain sera des plus intéressants à suivre.

La société a le devoir de s'intéresser à l'avenir de ces infirmes du cerveau, de ces déshérités de la vie, si dignes de pitié. Abandonnés à eux-mêmes dans nos grands asiles encombrés, ces débiles mentaux se dégradent de plus en plus.

Ils sont cependant dignes de notre sollicitude : nous ne devons pas nous borner à les assister; il faut faire mieux encore : les

traiter et les éduquer dans la mesure du possible. Leur infortune est d'autant plus digne d'intérêt qu'elle est imméritée.

Sur ce sujet, mieux vaut ne pas voguer en plein idéal et s'attacher à des utopies d'autant plus belles qu'irréalisables. Or l'idée généreuse de M. Poiry est, en même temps qu'une belle tentative à accomplir, une belle solution simple et pratique, capable de donner un profit certain à ces déshérités. Rappelons-nous que souvent le mieux est l'ennemi du bien.

Ces faibles d'esprit, ces enfants trouveront dans le placement familial, surtout rural, des conditions matérielles mieux appropriées que celles de l'asile au développement intellectuel dont ils restent susceptibles. Par la force même des choses, le nourricier se montrera plein de sollicitude pour ces enfants d'adoption.

Il s'intéressera au relèvement de son hospitalisé, veillera sur ses actes. Son intérêt bien entendu sera de se faire éducateur afin que son hospitalisé lui rende quelques services et travaille par conséquent à sa propre amélioration.

Rien ne s'oppose à ce que les plus éducables aillent avec les autres enfants à l'école primaire du village.

Le placement familial à la campagne est du reste un excellent facteur de moralité, avantage à considérer, car on sait avec quelle regrettable facilité les débiles mentaux subissent les contagions fâcheuses.

Souvent, il est vrai, ce sont des excités génésiques, dangereux pour la sécurité publique.

Mais n'avons-nous pas à Ainay de nombreux débiles de 20 à 30 ans qui demandent une surveillance spéciale ?

Jusqu'à ce jour, nous avons toujours eu raison des dangers que leur présence peut faire courir.

Du reste, en cas de nécessité, un transfert à l'asile fermé voisin de Bourges n'entraîne qu'à peu de frais.

Le placement des débiles mentaux dans les familles rurales constituera une véritable école saine et pratique qui leur permettra d'acquérir quelques connaissances agricoles simples mais sûres. J'estime que cette mesure humanitaire donnera de bons résultats.

Toutefois nous devons à la vérité de signaler une lacune dans l'organisation de la colonie d'Ainay : c'est que le pays, c'est

que notre infirmerie centrale avec les trois hectares que nous cultivons n'offrent pas suffisamment de ressources pour occuper nos pensionnaires.

Le travail est une condition de bon ordre partout et plus encore dans nos colonies ; je voudrais l'encourager le plus possible. C'est un important élément de traitement et de distraction. C'est un moyen qui n'est pas à négliger de procurer quelques améliorations au régime alimentaire.

Les environs d'Ainay sont occupés par de grandes propriétés, c'est un pays d'élevage. Les travaux agricoles ne peuvent occuper qu'un nombre restreint de pensionnaires. D'autre part, nombre de Parisiens n'ont pas d'aptitudes pour ces travaux en plein air, pourtant si vivifiants.

L'industrie est à peu près nulle ; les ouvriers du pays eux-mêmes ne trouvent pas toujours à s'occuper.

Nombre de nos malades qui voudraient s'employer ne trouvent pas à le faire, malgré leur bonne volonté. Ils ont, il est vrai, la ressource d'aller rêver sous les beaux chênes de la Forêt de Tronçais, à leurs châteaux en Espagne, ou encore de se livrer aux douceurs de la pêche à la ligne. Ces passe-temps ne manquent pas de nombreux et fervents adeptes.

J'ai recherché à remédier par la création d'ateliers à l'insuffisance des moyens d'occupation ; mais la tâche n'est pas facile, car il faut trouver un genre de travail qui ne vienne pas faire concurrence aux ouvriers du pays, qui n'exige pas de connaissances trop difficiles à acquérir, de matériel trop compliqué, etc...

Le problème cependant n'est pas insoluble. Une amélioration est à réaliser qui demande du temps et quelques études, mais qui sera faite.

Une création de ce genre ferait en outre de la colonie une sorte d'école professionnelle très utile pour la réadaptation sociale de l'aliéné susceptible de sortie.

Dans cet ordre d'idées l'intérêt de nos malades exigerait que les placements fussent plus disséminés. La chose serait facile ; les villages de Bessais, de l'Etelon en recevraient volontiers. Mais, je dois tenir compte de tout un ensemble de traditions, de conditions économiques et sociales qu'on ne peut modifier brusquement.

Au cours d'une visite d'études que j'ai faite récemment à Lierneux, en Belgique, j'ai pu remarquer que le placement familial était plus difficile chez nous. En effet, nous avons à appliquer le placement familial avec des éléments qui s'y prêtent moins bien qu'en Belgique. C'est un lieu commun que de dire en France que la culture manque de bras. Cet axiome n'est pas vrai en Belgique. Les pensionnaires de Lierneux sortent d'un milieu rural ; ils y retournent et ils s'adaptent facilement à une population essentiellement agricole.

Au contraire, besoin est pour nos pensionnaires d'une adaptation de toutes pièces, plus difficile dans un milieu qui n'est pas le leur. Nos malades ayant plus ou moins vécu de la vie de Paris, sont plus exigeants que ceux de Gheel ou de Lierneux.

On a pu voir néanmoins par l'exposé qui précède que l'état actuel du placement familial des aliénés fait bien augurer de l'avenir.

Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château ont été la réalisation d'une idée bienfaisante, d'une formule juste et chère aux mutualistes modernes : « Aide-toi et l'humanité t'aidera. »

La cause de la Colonie familiale est gagnée. Ce qui a été fait pour la Seine est réalisable partout ailleurs. L'exemple a été donné ; il faut le suivre et s'appliquer à le perfectionner.

Un progrès sensible a été réalisé ; je souhaite que le bénéfice de cette œuvre largement humanitaire soit accordé au plus grand nombre.

Mme Dr M. LIPINSKA, lauréate de l'Académie de Médecine de Paris. — **Contribution à l'Étude des Idées régnantes, au XVe siècle, sur les fonctions du cerveau.**

Sur l'Étiologie des phénomènes vitaux (par Mme Oliva Sabuco).

Mme Sabuco, dans son livre, *Nouvelle philosophie de la nature de l'homme, inconnue aux grands philosophes anciens,* admet l'existence de trois âmes :

Végétative	(plantes)
Sensitive	(animaux)
Raisonnable	(homme).

C'est à l'âme raisonnable et à ses facultés, dont le siège est dans la tête, que l'homme doit, selon Mme Sabuco, le privilège de ressentir les effets des passions. Elle divise les passions en deux classes : 1° favorables ; 2° nuisibles à la santé.

Les passions salutaires (la joie) produisent un accord de deux éléments : *Corporel et Spirituel.*

Le chagrin et sa fille, la tristesse, mettent la discorde entre l'âme et le corps. Il en résulte : la maladie, la mort ou la folie.

Ce désaccord suspend les fonctions de la partie végétative.

Cette étiologie de la fièvre consomptive, dite nerveuse, n'est pas vulgaire.

Les désordres de l'innervation sont plus graves que ceux de la nutrition.

Mme Sabuco conseille de traiter les passions par la douceur et la persuasion, les maladies des centres nerveux par l'harmonie et la musique.

Sans les passions qui tuent l'homme, il serait sujet aux lois de la nature et ne mourrait que de mort naturelle.

La vieillesse et la mort sont la conséquence de l'épuisement du liquide nourricier par la sécheresse des centres nerveux, des nerfs qui en émanent et des expressions nerveuses de la périphérie.

Les principes de tous les actes, de tous les sentiments, de tous les mouvements, de tous les phenomènes vitaux resident dans la tête.

Le sens commun siège dans la région frontale avec l'entendement et la volonte.

L'imagination et la conception occupent le département intermédiaire et à l'arrière est le siège de la mémoire qui conserve les images du passé.

L'imagination est comme un moule vide qui donne la forme de tout ce qu'on y jette. Les effets de l'imaginationne sont pas moindres durant le sommeil que pendant la veille. Ce que cette femme remarquable a compris, c'est que les sentiments et les idées de l'homme sont en raison de ce sens intime de la vie qu'il faut appeler la conscience organique ou vitale, et qui est le fondement de toute la psychologie.

La croissance des êtres vivants est accompagnée du contentement et de la joie, tandis que le décroissement produit la tristesse.

Mme Sabuco passe en revue tout ce qui augmente la capacité du

cerveau au travail, le sommeil réglé, le régime alimentaire, l'air, les changements d'impressions. Elle parle de l'action des poisons sur le système nerveux. Cette action est immédiate et directe.

Résumant en termes généraux toute sa doctrine, Mme Sabuco ajoute :

Quand vous irez à la ville paisible, avertissez les médecins qu'ils se trompent du tout au tout et vous ferez œuvre méritoire.

Pour détrôner la vieille théorie médicale, c'est-à-dire le galénisme et l'arabisme, il fallait fonder la connaissance de la nature humaine sur une base plus solide et plus large que l'hypothèse orientale des quatre humeurs.

Entreprise hardie, presque surhumaine, car le travail de démolition demandait plus de courage et d'énergie que l'œuvre d'édification.

L'échec de cette femme vaillante, qui la première imagina de réduire la nature animale en général, et la nature humaine en particulier, à l'unité souveraine du système nerveux, fut complet. Il ne fut tenu aucun compte de cette haute manifestation féminine, renforcée d'un traité de physique générale et de cosmographie, et d'un projet de réforme de la police civile et sanitaire, utile à consulter pour l'hygiène privée et publique.

L'exposé complet des vues, aperçus, réflexions et paradoxes de cette doctoresse sans diplôme, à la fois savante, spirituelle et éloquente, fournirait matière à une étude beaucoup plus développée que la nôtre.

Mme Dr M. LIPINSKA, lauréate de l'Académie de Médecine de Paris. — **Un Cas de Gastrite hystérique traité par la psychothérapie.**

Le but de la psychothérapie est de ramener à l'état normal l'individu dont l'équilibre intellectuel et physique est ébranlé.

Le manque d'équilibre apparaît le plus clairement dans l'hystérie.

Le sommeil hypnotique, pourvu qu'il soit la continuation du sommeil normal, donne des résultats bienfaisants, mais il est difficile à obtenir chez les hystériques, leur attention étant trop dispersée pour être concentrée.

Parfois la suggestion verbale suffit.

Après ces quelques mots je me permets de présenter l'observation d'une malade que j'ai traitée en 1902.

15 avril. — Femme âgée de 42 ans, — Bonne à tout faire, — Grincheuse.

Elle pleure et se plaint de ne rien pouvoir tenir dans ses mains qui tremblent toujours.

Quelque chose lui comprime le creux de l'estomac et remonte vers la gorge.

Maux de tête dans la région occipitale, point de sommeil, anorexie complète, constipation.

Règles douloureuses toutes les 2 ou 4 semaines.

Cet état dure depuis un an ; il s'est aggravé dernièrement.

Constitution générale bonne ; nutrition ralentie, température normale, pouls 76 régulier, respiration normale, pas d'oppression.

État des poumons normal, sur toute l'étendue on perçoit le murmure vésiculaire normal, les bruits du cœur normaux.

Forme de ventre habituelle ; hyperesthésie des ovaires et du creux de l'estomac.

Système nerveux : les réflexes tendineux sont augmentés, tremblement des mains à chaque mouvement, réflexe pharyngien et oculaire aboli, tremblement des paupières, les pupilles réagissent normalement. Pas de troubles sensitifs.

16 août. — La malade pleure toujours, l'anorexie continue ; dégoût complet des aliments, insomnie complète, l'amaigrissement continue.

17 août. — Analyse du suc gastrique : on trouve une quantité exagérée d'acide chlorhydrique.

Suggestion durant 10 à 15 minutes ensuite la malade sommeille une demi-heure. Je la persuade qu'elle va se sentir mieux, elle se calme et promet de manger un petit pain.

18 août. — La malade se sent mieux, elle a dormi, mangé un petit pain et pris une tasse de thé ; durée de la suggestion, *idem.*

19 août. — Elle dort encore mieux, l'amélioration continue, le dégoût de la nourriture diminue, elle promet de manger la soupe pour le dîner ; durée de la suggestion, *idem.*

20 août. — La sensation de contraction dans le creux de l'estomac et dans la gorge persiste.

Suggestion de vingt à vingt-cinq minutes.

Elle dort trois quarts d'heure ; elle se calme et ne se plaint plus.

21 août. — La malade mange et dort bien. Elle s'intéresse à son entourage, ce qui est particulier dans ce cas, c'est que la malade n'a jamais entendu parler de l'hypnotisme ni de la suggestion.

Après avoir essayé tous les médicaments possibles elle est arrivée après une année à l'état d'une indifférence la plus complète et elle revint après quelques jours de la suggestion à son état normal.

MM. les Drs Jul. MOREL, de Mons, et A. MARIE, de Paris.

Note sur l'Éducation professionnelle du personnel infirmier des Asiles. — Il y a un siècle à peine l'Asile d'aliénés était un bâtiment à aspect triste, rappelant la prison, la caserne ou le couvent, entouré de tous côtés de bâtiments ou de murs élevés, possédant des fenêtres garnies de barreaux. L'air et la lumière entraient insuffisamment dans les salles, les cours à leur tour étaient sombres. Partout régnait un air mauvais, un vacarme étourdissant. Entassés dans des espaces étroits, les malades étaient souvent empêchés dans leurs mouvements des bras et des jambes par des chaînes en fer, des entraves, des fauteuils de force ou des camisoles ; ou bien les malheureux étaient enfermés dans des cellules sombres, abandonnés à eux-mêmes, couchés sur la paille, rongés par la vermine. Le médecin, le plus souvent sans notions spéciales en médecine mentale, n'y sacrifiait qu'un temps relativement court.

Actuellement, les infirmeries ne présentent plus cet aspect terrifiant. Dans beaucoup d'asiles, les barreaux ont été supprimés en partie ou en totalité ; les châssis ressemblent plus ou moins aux châssis ordinaires, mais offrant néanmoins cette différence capitale qu'une clef de sûreté intervient pour les ouvrir ou fermer ; les cours sont remplacées généralement par de vastes préaux ou de véritables jardins, quoique encore entourés de murs ou de bâtiments ; les salles de réunion restent toutefois surpeuplées dans de nombreux asiles. Çà et là, dans quelques rares établissements

en Belgique et en France, on a cessé de ligoter les pauvres aliénés pour faire place à un traitement plus humain, plus charitable ; néanmoins l'influence d'une médecine éclairée est encore insuffisante.

En Belgique, les médecins en chef, pour le plus grand nombre, n'habitent pas même leurs asiles, alors que ceux-ci comptent de 400 à 600 aliénés et même au-delà !

Les médecins adjoints n'y remplissent qu'un rôle secondaire, se bornant à traiter les maladies somatiques intercurrentes.

L'asile moderne, tel qu'on peut le rencontrer à Paris et dans quelques départements français, en Suisse, en Hollande, en Allemagne, en Autriche, en Italie, en Russie et dans les pays scandinaves, etc., offre un tout autre aspect. Il ressemble à un vrai et bel hôpital, composé de pavillons ou de villas d'un cachet artistique, entourés de parcs et de jardins agrémentés. Les murs de clôture, les barreaux aux fenêtres ont disparu. Dans les pavillons pour aliénés tranquilles, les malades peuvent aller librement d'une place à une autre et circuler dans les jardins ; les malades s'y distraient comme s'ils étaient en famille.

Rien ne laisse à désirer dans les pavillons nouveaux, l'air pur y entre en abondance, la ventilation s'y fait lentement et d'une manière continue ; chaque malade y jouit d'un espace de 25 à 35 mètres cubes ; l'eau y est en abondance, le chauffage et l'éclairage s'y font suivant les derniers progrès de la science ; tout y est organisé pour faire régner la plus grande propreté, la tranquillité la plus complète ; en un mot, c'est le triomphe de l'hygiène et du confort. Le personnel médical est nombreux, dans tel Asile un médecin pour 100 malades dans les asiles pour indigents, dans tel autre un médecin pour 150 malades et rarement pour 200. Tous les matériaux indispensables pour les soins à donner en cas d'urgence se trouvent en permanence à la portée des gardes-malades.

Les malades dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, et ceux ayant une tendance à l'évasion sont les seuls auxquels les portes et les fenêtres sont fermées à clef et où les préaux présentent des petites clôtures de 1 m. 50.

Après avoir visité quelques-uns de ces nouveaux asiles ou même les vieux asiles modernisés, on est frappé, dans les pays où l'on pratique encore plus ou moins la thérapeutique des bras

croisés, de la différence de ces établissements avec ceux des pays limitrophes.

Les succès frappants obtenus dans les asiles modernes ou modernisés sont dus à l'activité incessante d'un corps médical nombreux et d'un personnel infirmier bien dressé et sans cesse sous la surveillance médicale. C'est grâce aux soins incessants administrés aux malades de la part des médecins et du personnel subalterne, auxiliaire incompris autrefois, que la proportion des cas curables s'étend sans cesse.

En 1850, Guislain se plaignait déjà qu'on ne comprenait pas toujours l'importance d'un choix judicieux du personnel des services médicaux ; les administrations et conséquemment les propriétaires des établissements privés appelaient au poste de chef médical une personne donnée sans avoir égard à l'étendue des connaissances, au caractère moral et au physique de l'homme de l'art. Guislain comprenait que le médecin aliéniste devait sa vie entière à l'étude des maladies mentales et nerveuses. « Il appartient, disait-il, au médecin d'avoir la haute main sur le régime des aliénés au point de vue médical et hygiénique ; tout ce qui concerne la médication, la moralisation, les préceptes thérapeutiques, les soins à accorder à l'aliéné rentre dans ses attributions. Il exigeait que les prescriptions fussent suivies d'une exécution entière et immédiate. La position du médecin en chef n'a rien de pénible s'il trouve tous les chemins déblayés ; appelé à organiser, sa situation se trouve hérissée de difficultés, surtout en face d'une administration rétrograde, entouré de gens qui ne *veulent* ou qui ne peuvent le comprendre. Avec un personnel convenable, confiant et de bonne volonté, il peut, en deux années, changer la face d'un établissement ; avec des personnes animées d'un caractère contrariant et tracassier, il lui faut dix ans, vingt ans, et encore le régime serait-il incomplet.

« Il arrive trop souvent que l'homme de l'art, surtout s'il est jeune et ne décide pas au nom de l'expérience, rencontre des obstacles insurmontables. Dans bien des endroits, j'ai vu le progrès enrayé, par un esprit d'opposition profondément enraciné chez d'anciens employés, faisant valoir sans cesse leur expérience routinière et l'opposant au conseil d'un homme instruit et sage, mais jeune.

Des années s'écoulent ainsi, et le médecin demeure sous une espèce de tutelle. *Il me répugne de le dire,* a dit Guislain, *mais cela est.*

« J'ai toujours envisagé comme un des points difficiles, la force que le chef médical doit avoir pour lutter contre des obstacles sans cesse renaissants ; la spontanéité qu'il doit avoir pour pouvoir tenter des moyens toujours nouveaux, le courage dont il doit s'armer pour ne pas se laisser abattre par les insuccès.

« *Il lui importe de façonner à son esprit tous les employés de l'établissement.* Le médecin doit payer de sa personne et ne se reposer sur d'autres que lorsqu'il a la certitude qu'on a suffisamment compris ce qu'il veut. Il ne lui arrive que trop souvent de trouver autour de lui des *têtes paralysées, des esprits routiniers, auxquels tout progrès, toute innovation apparaissent comme impossibles. Les convictions ne se forment qu'à mesure qu'on les fait naître par l'évidence des faits.* C'est la réalisation de bien des tentations traitées de chimériques, qui donne du poids à l'intervention médicale, qui établit la considération de l'homme de l'art et rend possible le service régulier et les améliorations progressives. »

L'exposé de la situation et des devoirs d'un médecin en chef d'établissement d'aliénés fait par Guislain, il y a plus d'un demi-siècle, acquiert ici une bien grande importance pour ne pas laisser taxer les chefs médicaux actuels de réformateurs et d'utopistes. *D'ailleurs il serait impossible de trouver aujourd'hui un seul médecin aliéniste osant infirmer les prescriptions de Guislain.*

Les devoirs d'un médecin en chef lui imposent le recrutement, la formation et la réglementation du personnel médical subalterne. Et à ce sujet encore Guislain déclare : « On ne saurait s'imaginer quelles difficultés on rencontre dans les établissements à se procurer de bons gardiens. Il est généralement reconnu que les chefs peuvent moins aisément surveiller le personnel des gardiens que les malades mêmes. C'est que le gardien doit être doué d'excellentes qualités pour remplir convenablement le poste qu'on lui destine. On exige qu'il soit moral et prudent, doux et bienveillant, intelligent et bon observateur, sobre et économe, dévoué à ses devoirs, ami de l'ordre et de la propreté.

Que nous sommes loin de toutes ces qualités réunies! « Quel que soit l'habit qu'il porte, la langue qu'il parle, la religion qu'il professe, il est des conditions qui impriment à son caractère, à ses allures, à ses tendances, un cachet qui le distingue : il sera citadin ou campagnard, il aura ou n'aura pas reçu d'éducation, il sera d'un naturel doux, compatissant, ou il aura un caractère froid, revêche. « Rien de plus mauvais que ce que l'on nomme les hommes machines, les êtres qui vont où on les fourre et qui continuent d'aller lorsqu'on ne les arrête pas. « Dans les établissements exploités à forfait, il y a souvent une tendance à faire des économies sur le personnel des gardiens. Au lieu d'un gardien pour 10 aliénés, il n'y en aura qu'un pour 50.

« J'estime que dans un établissement de 300 aliénés il faut un personnel de 30 gardiens, *exclusivement* chargé de soigner les aliénés et de les moraliser, sans compter les surveillants ou les surveillantes, les maîtres ou les maîtresses. »

« Le règlement intérieur des maisons d'aliénés à Gand porte que le chiffre collectif de tous les employés doit être calculé à raison de 1 employé sur 9 aliénés.

Guislain s'explique dans ses « Leçons orales sur les phrénopathies » de la manière suivante au sujet de la nature des gardiens :

« Les Congrégations religieuses qui se vouent au service des malades peuvent rendre de très grands services. Toutefois, il y a à cet égard une divergence d'opinions qu'on ne soupçonnerait pas au premier abord.

« J'ai visité beaucoup de pays, j'ai pénétré dans maints établissements; dans les uns on m'a fait le plus grand éloge des soins rendus par les sœurs hospitalières; dans les autres on n'articulait contre elles que des plaintes, des récriminations.

« Il en est de même des écrivains qui ont soulevé la question du service intérieur des établissements d'aliénés. Il faut le dire, il en est très peu qui aient témoigné des sympathies pour ces institutions.

« En Belgique, l'opinion publique est généralement favorable aux corporations religieuses qui se consacrent aux soins à donner aux malades.

Dans les pays protestants on a également organisé des institutions religieuses protestantes dont la règle est calquée en grande partie sur celle des institutions catholiques.

Guislain a essayé d'expliquer cette différence d'appréciation :

« Faut-il le dire ? C'est l'opinion médicale qui se pose le plus généralement comme opposante. Il est vrai, parfois on a accusé les médecins de ne pas dire toute la vérité et d'être retenus par des considérations d'ordre personnel. Je suis convaincu qu'on ne me fera pas l'injure de croire que, dans la question actuelle, je puisse sacrifier l'indépendance de mes opinions à des motifs que ma langue se refuse à articuler.

« Avant de se prononcer, il faut avoir étudié la conscience d'un pays. On ne peut pas la considérer au point de vue du protestant fanatique, chez qui l'aspect du cloître, l'habit du moine détermine toujours une impression répulsive.

« Il importe d'étudier le caractère moral de l'homme du cloître, il faut le mettre en regard de l'infirmier laïque, et je n'hésite pas à le dire, je reconnais au cénobite hospitalier une supériorité telle qu'elle exclut toute idée de comparaison.

« Je connais les bonnes qualités des gardiens laïques.

« Je ne dissimule pas les mauvaises tendances des gardiens religieux.

« Chez les gardiens religieux, comme chez les gardiens laïques, il y a des hommes qui ne se recommandent guère par l'aménité de leurs mœurs, des hommes froids, durs, qui ne rêvent que liens et camisoles; qui, à la moindre peccadille, menacent d'enfermer et de garrotter. De tels caractères se modifient, mais ne disparaissent ni sous le vêtement du cloître, ni sous l'habit de l'homme mondain.

« Vous trouverez parmi les laïques, comme parmi les religieux, des hommes intraitables, des hommes dépourvus d'intelligence, des hommes-obstacles, qui s'insurgent contre toute innovation, qui repoussent toutes les propositions, quelles quelles soient, qui ne se décident à obéir qu'après plusieurs admonitions.

« Dans les deux rangs, vous rencontrerez des personnes distraites, indolentes, qui ne se soucient guère de leur besogne : telle pense à sa chapelle, à ses conférences, à ses sermons; telle autre se préoccupe de ses parents, de sa femme, de ses enfants, de ses amours, de la position qu'elle ambitionne.

« Mais dans l'une et l'autre conditions, vous noterez des âmes d'élite, des envoyés de Dieu, des anges. Ceux-là ne sont heureux qu'auprès de leurs malades ; ils aiment les aliénés comme si les

malheureux étaient leur père, leur mère, comme s'ils étaient leurs enfants. Chez l'homme du monde comme chez l'homme du cloître vous rencontrerez des personnes aptes à juger de ce qui est utile, de ce qui est nuisible, des cœurs compatissants, des personnes douées d'une patience angélique. Ce sont de vrais gardes-malades... à qui les administrations publiques devraient décerner des couronnes civiques.

Et Guislain résume son opinion comme suit :

« Le gardien laïque est autrement discipliné ; sa soumission parfois dissimulée est moins réelle quoiqu'elle soit plus complète en apparence ; il est plus distrait, il est en général moins intelligent, il est moins dévoué, il a des manières plus rudes ; son éducation première a été négligée.

« Le gardien religieux n'est guère disciplinable au point de vue de l'administration laïque ; il se forme plus difficilement à la contrainte administrative, mais il exécute loyalement un ordre donné sous forme d'instruction, d'administration paternelle, il n'a pas les vices des employés ordinaires : la capacité, les passions irascibles, l'esprit de désordre et de prodigalité, la malpropreté, l'ivrognerie.

« Pour pouvoir s'entendre avec lui, il faut le connaître, il faut apprendre son langage et être à même d'apprécier le but final de ses actes.

« Si vous croyez devoir agir à l'égard de l'homme du cloître comme un maître envers un subordonné, vous vous abusez complètement, cet homme n'accepte sa situation que de ses chefs.

« Quelle que soit la position que l'infirmier laïque prend devant l'aliéné, celui-ci se la figure moins grande, moins élevée que celle d'une sœur, d'un frère, qui l'impressionnent par le costume qu'ils portent et l'extrême propreté qui règne dans toute leur personne.

« Le cénobite l'emporte sur le gardien laïque par le but de sa mission, qui consiste à faire le bien sur la terre dans l'espoir d'obtenir une récompense là-haut, par son aspiration continuelle vers le ciel..... Il est un homme dressé à la discipline, à son supérieur. Son chef est responsable, il en suit *aveuglément* et ponctuellement les aspirations, les conseils, les ordres. Si son supérieur désire le bien, s'il le veut avec intelligence, vous réalisez la haute perfection. Si ce chef a le cœur mal placé, s'il méconnaît les exi-

gences de la science, les droits de l'humanité, si sa position excite la vanité, tout le corps s'en ressent, tout tombe, tout croule.

« Les chefs, telle est donc la solution du problème.

« Or chez le chef religieux, comme chez le chef laïque, ce qui gâte l'esprit, ce qui corrompt le cœur, c'est la soif de la puissance, c'est l'abus du pouvoir, c'est l'esprit de domination.

« C'est par l'esprit de corps que les hommes s'élèvent, c'est par l'esprit de corps qu'ils s'abaissent. L'esprit de corps peut être un appui d'une efficacité extrême. Il peut aussi entraver l'exécution des plans les mieux combinés. Enfin, a dit Guislain, il est à désirer pour les établissements privés, que le médecin soit propriétaire et chef de l'établissement ; car il sait toujours former de bons gardiens. Quant aux établissements publics, au moyen d'un bon système d'encouragement, on peut obtenir les résultats les plus satisfaisants.

De tout ce qui précède nous devons retenir les points suivants :

Il est exact qu'en 1850, l'instruction était peu développée en Belgique, moins encore dans les campagnes que dans les villes, et que le recrutement du personnel des gardiens, dans les villes, constituait un point bien rare. Aujourd'hui on peut affirmer que ce sont les campagnes qui fournissent la généralité des gardiens dans les établissements pour aliénés et que ce recrutement se fait parmi les ouvriers agricoles. Encore le choix se fait-il parmi les ouvriers les moins aptes à leur métier, sinon ils se garderaient bien de prendre un engagement dans un asile où la situation n'excède pas vingt francs par mois.

Dans la plupart des asiles belges pour hommes, administrés par des corporations religieuses, la proportion des domestiques laïques est d'environ les deux tiers sur la proportion totale du personnel, et à ces domestiques on donne le nom de surveillants, de gardes-malades, suivant l'expression moderne.

Ce que disait Guislain, il y a plus d'un demi-siècle, reste encore presque complètement debout en Belgique.

Il faut aux aliénés des médecins spécialistes et un chef seul responsable de la maison.

Il faudrait un médecin par *cent* aliénés.

Le personnel subalterne, c'est-à-dire le corps infirmier, doit pré-

senter des aptitudes spéciales pour pouvoir remplir dignement ses délicates fonctions.

Aujourd'hui, par l'étude des rapports annuels publiés sur la situation des asiles d'aliénés, on peut affirmer que, *dans tous les pays* où le personnel médical de ces établissements a été amélioré et augmenté en nombre, les médecins aliénistes ont senti la nécessité d'organiser dans leurs propres asiles une instruction professionnelle à leurs gardes-malades, pour le plus grand bien des malheureux confiés à leurs soins.

Des cours théoriques et pratiques sur l'art de soigner les aliénés et les malades furent organisés. Même dans plusieurs établissements où l'on jugeait certains membres du personnel infirmier insuffisamment instruit au point de vue littéraire, on inaugura des cours de perfectionnement. Dans d'autres établissements encore, et spécialement en Hollande, on alla jusqu'à étendre le développement intellectuel de ce personnel en lui permettant de suivre les cours de langues modernes.

Les médecins psychiatres de ces établissements ne se sont épargné ni peine ni temps pour enseigner la matière indispensable à leur personnel infirmier ; ils n'ont réclamé pour toute récompense que le zèle et le dévouement de ceux qui se prêtaient à recevoir cet enseignement professionnel.

En Allemagne, en Autriche, etc., les médecins aliénistes se préoccupèrent beaucoup de l'enseignement professionnel de leur personnel. Jusqu'en 1880, époque à laquelle le Dr Cowles, de l'hôpital Mc'Lean pour les aliénés, à Waverley, inaugura cet enseignement, les psychiatres allemands abandonnèrent momentanément cette question pour s'attacher activement, au moins pour ce qui concerne le service intérieur des asiles, presque exclusivement à la réforme des bâtiments, à un meilleur classement des malades, à l'augmentation du personnel médical, à l'assistance familiale, aux asiles pour aliénés criminels, etc.

Malgré toutes ces améliorations fondamentales, ils devaient nécessairement revenir au perfectionnement du traitement des aliénés, à une thérapeutique plus rationnelle, et conséquemment à la réforme de leur personnel subalterne. Les plus beaux pavillons, les meilleures dispositions architecturales, hygiéniques, décora-

tives, restèrent insuffisantes devant l'énorme lacune, le besoin d'un bon corps de gardes-malades.

Le recrutement des gardes-malades se faisait en Allemagne, comme d'ailleurs dans la plupart des pays du monde entier, et encore en ce moment en Belgique et dans la majeure partie des asiles français, sans songer ou plutôt sans pouvoir songer, pour certains motifs, aux qualités absolument indispensables chez ce personnel.

Aujourd'hui, tout psychiatre doit avoir à cœur d'améliorer la situation du plus malheureux d'entre les malheureux, de l'aliéné, qui ne peut plaider sa propre cause.

Un bon personnel imprime à l'établissement un cachet particulier, un cachet de bonheur que partagent les chefs médicaux. Les médecins se sentent encouragés ; ils éprouvent une satisfaction croissante au fur et à mesure qu'ils constatent que leur personnel subalterne, à tous les degrés, se rend un compte plus précis de la valeur des prescriptions et recommandations médicales ; ils peuvent dès lors se reposer sur lui et compter sur des rapports fidèles au sujet des modifications survenant chez les malades qui leur sont confiés. Et en dehors de la question d'humanité et de philanthropie, la science en profite largement pour le plus grand bien des malades. Dans les asiles modernes règne actuellement une vraie vie scientifique ; le personnel subalterne ne peut manquer d'apprécier à sa juste valeur cette lutte incessante et les efforts tentés pour sauver les malheureux dont ils ont la charge.

En passant dans certains de ces asiles, vrais asiles de traitement, on se demande parfois, n'y étant pas habitué, si on se trouve dans un quartier de paisibles ou dans un quartier d'agités, tellement sont efficaces les modes de traitement actuellement en usage. Là règnent la plus grande tranquillité, un ordre admirable. Le calme, le repos y sont absolus, grâce à la stricte observation du régime intérieur. Les malades, les gardes-malades, les médecins, tout le monde en profite. Les malades, comme les gardes-malades, en ressentent un grand bien-être ; les malades, entourés de soins assidus, deviennent plus dociles, plus disciplinés, parfois dès le premier jour de leur internement. Pour les malades comme pour ceux appelés à leur prodiguer des soins, le régime est plus doux, plus tolérable. Il n'y a pas à en douter, par le traitement actuel la

proportion des guérisons et des améliorations s'accroît progressivement.

Le but de la présente note est de faire ressortir la part capitale que le personnel subalterne peut prendre à ces succès. Aussi, et à l'effet d'atteindre les meilleurs résultats, une idée fondamentale s'impose : *A quelles conditions doit répondre la réorganisation du personnel des gardes-malades dans les asiles d'aliénés?* La solution se trouve dans l'étude successive des questions suivantes :

I. — *Personnel médical.*

1° Le personnel médical doit être assez nombreux pour permettre l'observation et le contrôle de toutes les prescriptions faites aux gardes-malades. — Nous ne nous arrêterons pas à cette question, qui recevra de plus grands développements dans un travail spécial qui paraîtra bientôt. Il suffira de relever que non seulement le renforcement du nombre des médecins, mais encore le choix judicieux et la répartition du service médical ont contribué pour beaucoup à la fois à l'augmentation du chiffre des guérisons et au développement de la vie scientifique dans les asiles. La présence presque constante des médecins à proximité de leurs malades, parfois logés dans leurs quartiers, donne au personnel subalterne et aux malades la conviction de l'importance du service médical ; les heureux résultats en sont la preuve journalière ; les gardes-malades qui assistent les aliénés en sont les témoins et deviennent convaincus qu'il y a beaucoup à apprendre dans un service sérieusement conditionné ; ils sentent eux-mêmes l'importance et la grandeur de leur rôle. Au contact de leurs chefs ils apprennent à connaître leurs propres lacunes, à se perfectionner et à assimiler le but poursuivi. Bien intentionnés, ils se prêteront bien volontiers à devenir les aides indispensables de leurs chefs.

2° *Les gardes-malades doivent se trouver sous la direction immédiate du chef médical de l'Asile ou de ses représentants si le service général est réparti entre différents sous-chefs.* Le chef médical doit être consulté au sujet de leur admission et, de commun accord avec les différents chefs de service chargés de les

instruire et de les guider, il décide en dernier ressort si les gardes-malades sont réellement aptes à être maintenus dans le corps infirmier.

Des plaintes relatives aux aptitudes et aux qualités morales du corps des infirmiers ont été formulées à juste titre. Il paraît assez naturel que si le niveau intellectuel du personnel subalterne laisse à désirer au point d'être inapte à rédiger une simple lettre, d'être incapable de faire un petit compte rendu verbal d'un imprimé à la portée de tous et dont on lui a proposé la lecture, il ne faut pas beaucoup présumer de ce postulant; cependant il est des cas où l'on peut acquérir des preuves et avoir des raisons très sérieuses d'estimer que, dans son jeune âge, le candidat n'ait pas eu l'occasion de s'assimiler une instruction primaire suffisante; à lui de prouver qu'il peut réparer cette lacune dans un stage préalable d'essai.

II. — *Enseignement professionnel des gardiens.*

Actuellement on est unanime à déclarer l'enseignement professionnel des gardes-malades comme absolument indispensable. Les rapports des médecins des États-Unis, de la Grande-Bretagne, de la Hollande, de l'Autriche, de l'Allemagne, de l'Italie, etc., sont unanimes à reconnaître que les services rendus par le personnel subalterne des asiles s'est considérablement amélioré et s'améliore constamment au fur et à mesure qu'on attache plus d'importance à cet enseignement. D'autre part, la situation du garde-malade étant *beaucoup plus considérée* depuis l'introduction de l'enseignement et la délivrance des diplômes de capacité, le nombre de candidats à l'admission dans les asiles d'aliénés s'étend sans cesse et l'extension du nombre a entraîné une exigence plus grande des capacités morales et intellectuelles.

Ainsi, en Hollande, où l'organisation solide de l'enseignement professionnel fut inauguré en 1892, le nombre de gardes-malades diplômés pour les asiles d'aliénés excède déjà le chiffre de 350, et ce n'est pas sans une satisfaction légitime qu'on enregistre chaque année un nombre plus grand de postulants à ces nouvelles fonctions.

Dans la Grande-Bretagne, où l'on ne commença à conférer les

diplômes de capacité qu'en 1891, le nombre de gardes-malades brevetés dépasse actuellement le chiffre de 8 500 (mai 1906). Cette proportion, comme en Hollande, est sans cesse grandissante; petite les trois premières années et représentée par les chiffres respectifs de 106, 177 et 222, elle s'élevait en 1903 à 671, en 1904 à 652, en 1905 à 682 et en 1906 à 703 diplômés.

Aux États-Unis, où l'enseignement pour les gardes-malades fut inauguré en 1880, avec quinze écoles et 323 élèves, 157 candidats obtinrent le diplôme de capacité. En 1903, le nombre des écoles monta jusqu'à 552 avec 13 779 élèves; en cette année il y eut déjà 4 206 élèves diplômés. Pour l'année 1903, le nombre de gardes-malades diplômés dans les hôpitaux pour aliénés des États-Unis s'éleva à 568.

En Autriche, l'enseignement professionnel des gardes-malades dans les asiles d'aliénés est devenu obligatoire depuis le 13 décembre 1900. C'est le Dr Schlöss, de Hürling-Eugging, qui a donné la plus grande impulsion pour l'obtention de cet enseignement.

Nous n'avons pu nous procurer des chiffres exacts pour les diplômes d'une série d'autres pays. Dans certains pays toutefois, en Allemagne par exemple, où l'enseignement dans les asiles d'aliénés est général, on n'exige pas de diplôme à la fin des études, probablement pour le motif que par ce procédé on parvient plus facilement à conserver le personnel à l'asile où il a été formé. Dans les pays où se pratiquent les examens, les médecins-directeurs sont inspirés d'idées très généreuses et ils ne voient aucun inconvénient à voir partir leurs *nurses* diplômés pour entrer soit dans un autre hôpital pour aliénés, soit pour reprendre leur liberté et s'engager comme *private-nurse*. La position de garde-malade aux États-Unis, dans la Grande-Bretagne et en Hollande, est très recherchée et le public, pour les malades de la classe aisée, se refuserait d'engager un garde-malade qui n'a pas terminé ses études avec succès.

Ce qui confirme la haute importance que les chefs médicaux des asiles attachent à la valeur de leur personnel subalterne, c'est que progressivement on s'est montré plus difficile dans la délivrance des diplômes, que progressivement, et surtout aux États-Unis, on a donné au programme des cours une plus grande extension. Au lieu de ne consacrer que deux années à la préparation

théorique et pratique pour les soins à donner aux malades, on exige actuellement en Hollande, en Angleterre, en Écosse, et en Irlande et aux États-Unis trois années de préparation. Et le nombre des élèves continue néanmoins la marche ascendante.

III. — *Qualités des gardes-malades ; leur recrutement.*

Dans tous les pays, on exige pour les aspirants gardes-malades une bonne instruction primaire, l'aptitude à se faire comprendre correctement par écrit ; on cherche également à les recruter dans un certain rang de la société pour avoir une certaine garantie au sujet de leur éducation. Ce qu'il y a d'essentiel pour les médecins des asiles, c'est que les candidats présentent les aptitudes nécessaires à la formation du cœur, du tact, le don de comprendre comment il faut satisfaire aux prescriptions médicales et se tenir en face du délire des malades.

Une bonne volonté doit être à la base de tous les actes. Quel que soit le motif qui conduise le candidat à l'établissement, soit une considération financière, sôit le vif désir de se créer une position, ou enfin un sentiment philanthropique le poussant à l'art de soigner les malades, il a à se rappeler qu'il assume la tâche d'accomplir son devoir suivant un régime déterminé.

A la bonne volonté il doit savoir joindre un cœur compatissant, savoir participer à la douleur des malades, leur porter aide et assistance à tout moment. Il doit se pénétrer de l'idée qu'il ne rencontrera à l'établissement que la misère humaine sous toutes ses formes. Un brave homme au cœur sensible y trouvera un vaste champ pour une belle activité et pour multiplier son dévouement sans relâche. Mais de l'homme essentiellement bon, se sentant porté aux soins à donner aux malades, vivement désireux de devenir un bon garde-malade, on ne peut déduire qu'à elle seule cette qualité de l'âme réponde à tous les besoins. Le bon garde-malade doit pouvoir répondre à d'autres belles qualités [1] encore ; entre autres celle de pouvoir se dominer doit constituer une qualité maîtresse.

(1) Nous exposerons dans un autre travail les qualités indispensables à tout bon serviteur dans un asile d'aliénés.

Si le candidat ne possède pas ces qualités naturelles, il faut qu'il les acquière progressivement ; l'enseignement spécial ne peut les lui inculquer suffisamment.

Un homme formé fera maint travail avec plus de plaisir, plus de bonne volonté quand il comprend le but et l'utilité de sa mission, c'est-à-dire après une instruction préalable. Un personnel bien stylé contribue à faciliter le service dans un asile.

Le jeune postulant, ayant réussi à son examen d'admission, est appelé à recevoir une véritable instruction professionnelle. Devenu aide-garde-malade, il accompagnera dorénavant le médecin de sa section, parfois même le médecin en chef, soit une, soit deux fois par jour, même davantage en cas de nécessité ; il recevra leurs avis et conseils médicaux ; il s'en pénètrera religieusement en attendant le moment où l'instruction théorique dans l'art de soigner les malades lui sera ouverte. En l'absence du médecin, il aura comme chefs un garde-malade, un surveillant ou un surveillant en chef, tous ayant passé par l'instruction professionnelle donnée à l'établissement et dont l'éducation spéciale s'est trouvée sans cesse relevée au contact des médecins. Futur garde-malade, il se pénètrera de l'idée fondamentale qu'il n'est pas engagé comme domestique, mais pour exécuter les prescriptions médicales, conformément au règlement.

En Hollande, le règlement relatif aux examens de gardes-malades à passer devant l'Association néerlandaise de psychiatrie et de neurologie, impose aux postulants, pour *l'examen d'admission* aux études, une rédaction néerlandaise, la connaissance des éléments de l'arithmétique, de l'histoire et de la géographie de la Hollande et de ses colonies. Les renseignements, annexés au règlement, mentionnent une série de questions sur les matières prénommées et faites antérieurement à ceux qui désiraient se préparer au grade d'infirmier. Ce même règlement cite des cas d'exceptions pour cet examen pour tous les postulants en état de prouver par des certificats qu'ils ont fréquenté antérieurement et avec succès un enseignement comprenant les matières faisant partie du premier examen.

Quoique en Hollande l'instruction primaire soit très répandue, on tient néanmoins à ce que les postulants la possèdent d'une manière solide, et dans quelques asiles il existe même des cours

de répétition pour certains employés qui désirent entrer ultérieurement dans le corps des gardes-malades. Ce procédé est très recommandable et mérite d'être suivi dans tous les établissements pour aliénés, ces cours de répétition donnant les plus beaux résultats et contribuant même au développement de la faculté de raisonnement, si précieuse dans l'art de soigner les aliénés. Une ou deux heures de classe par jour suffisent et on constate souvent qu'après un terme de six mois les jeunes gens ont réalisé des progrès immenses qui leur seront d'une immense utilité au moment où ils auront à se préparer pour leurs fonctions spéciales.

L'examen d'admission, en Hollande, ne pouvant avoir lieu qu'avec l'autorisation des médecins des asiles, et seulement après un stage préalable de six mois dans un établissement d'aliénés, on suppose, au moment de la présentation à l'examen, que le candidat possède les qualités morales requises pour devenir un bon garde-malade. Dans le cas contraire, l'inscription à la première épreuve n'est pas permise par le médecin en chef de l'asile où le postulant a fait son stage.

Pendant la durée du stage, les chefs ont eu le temps d'inculquer aux postulants les notions indispensables à la nouvelle mission ; les postulants, à leur tour, ont pu prendre un avant-goût de l'avenir qu'ils se réservent en cas de succès. Le commencement du programme est bien petit, mais il offre une importance suffisante pour faire comprendre aux jeunes gens qu'ils ont plutôt à abandonner leur projet que de rester dans un service incompatible avec leurs forces ou leur tempérament.

L'instruction théorique et pratique dans l'art de soigner les malades leur fera comprendre progressivement la valeur des prescriptions médicales, soit aux lits des malades, soit dans toute autre partie de l'établissement. Les aides-gardes-malades acquièrent, par cette instruction, la conviction que toutes les parties de l'enseignement professionnel s'enchaînent et forment ce tout qui constitue le garde-malade. Cet enseignement contribue, en raison des qualités supérieures des chefs respectifs, à relever le niveau moral et intellectuel de celui appelé à l'assistance des malades ; il aidera encore à faire pénétrer l'idée que tout doit être mis en œuvre pour entretenir et maintenir les progrès réalisés dans cette éducation spéciale.

Les gardes-malades, aussi bien que les postulants, doivent jouir d'une considération bien supérieure à celle d'un domestique ordinaire ; ils auront pour eux un réfectoire spécial, une salle de récréation commune ; dans leurs moments de loisirs, ils sauront se réunir et se faire caractériser en se souvenant sans cesse de leur position spéciale qui les attache au service médical de l'établissement. Et, en dehors de celui-ci, ils chercheront une société analogue à la leur ; dans leurs conversations, par leurs actes, ils se montreront toujours les bons et fidèles intermédiaires du service médical qu'ils ont pour mission de rehausser de toutes leurs forces pour renforcer la valeur morale de l'établissement, pour montrer au public les qualités tout à fait supérieures du personnel qui y est attaché. La réputation que le garde-malade a à se créer ne reste pas limitée à l'enceinte de l'asile ; les futurs pensionnaires ont entendu ou pu apprécier les qualités d'âme du personnel et cette notion exerce un puissant effet moral sur les pauvres aliénés appelés à y être confiés à l'avenir.

IV. — *Situation matérielle des gardes-malades.*

Les considérations qui précèdent justifient pleinement les motifs allégués pour donner au personnel infirmier une rémunération en rapport avec les immenses services qu'il peut rendre.

S'il est vrai qu'on recrute en certains asiles de Belgique et de France, non pas des gardes-malades mais des simples domestiques ou servantes pour *garder* les aliénés ; si l'on se borne à leur donner un salaire, par exemple de 20 francs par mois, en dehors de leur logement et de leur nourriture ; si on impose à ces soi-disant gardiens un service presque continu, voire même l'obligation de *veiller pendant leur sommeil !* en ne leur accordant qu'une fraction de journée comme congé, tous les quinze jours, dans ce cas on ne peut réclamer que des services en rapport avec la rémunération accordée. On n'aura pour la circonstance que des hommes et des femmes d'une intelligence ou d'une activité médiocres, des femmes qui ne connaissent aucun métier ou qui ne possèdent aucune aptitude spéciale, comme des hommes qui n'ont pu s'assimiler aucun métier, même celui d'ouvrier agricole ; heureux encore si parmi eux il n'y a pas d'anciens repris de justice, des fai-

néants, des ivrognes, des malhonnêtes, des mauvais cœurs. La plupart des médecins aliénistes ont fait cette triste expérience ; le personnel laïque, très nombreux, de la plupart des asiles belges n'échappe pas à cette critique. On assure qu'une proportion d'environ 50 pour 100 de ces domestiques quittent annuellement les asiles et que si certains y rentrent, en hiver par exemple, c'est pour, nous servant de leur expression, y aller hiverner (beaucoup d'ouvriers agricoles gagnant moins d'argent pendant les courtes journées). Aussi y en a-t-il dans le nombre qui, à l'approche du printemps, préfèrent reprendre le travail des champs.

Cette situation changera aussitôt que les asiles auront cessé d'être des renfermeries.

On réclame aujourd'hui du garde-malade un travail intellectuel et du savoir-faire. Depuis le moment où il commence son service jusqu'à celui où il le finit, il est en activité, observant tout ce qui se passe chez les malades de sa section, les assistant jusque dans les plus petits détails, rapportant fidèlement à ses chefs le fruit de ses observations et conformément à l'enseignement théorique et pratique qu'il a reçu. Le vrai garde-malade sait intervenir efficacement pour les cas urgents et les accidents qui peuvent se présenter, en attendant le médecin qui réside ou qui devrait résider à proximité, ou mieux dans l'asile même. Il sait se rendre utile et faire comprendre à ses malades l'importance de son rôle.

Le garde-malade doit être rémunéré en raison directe de l'importance des services rendus. C'est ce qui se fait dans tous les asiles qui tiennent à avoir non seulement un bon personnel, mais un personnel qui reste à l'asile, des gardes-malades qui y cherchent une position et que les chefs des établissements savent apprécier et retenir à mesure que les services sont importants et nombreux. Ces gardes-malades parviennent ainsi à des avancements suivant mérites ; ils deviennent surveillants et même surveillants en chef.

C'est dans le but d'augmenter sans cesse la valeur professionnelle des gardes-malades des asiles que dans certains établissements, et notamment en Hollande et aux États-Unis, on a créé des cours spéciaux, des cours de perfectionnement, qui en dehors des matières requises pour les examens usuels comprennent encore une série d'autres matières indispensables à ceux qui désirent

aspirer à des fonctions supérieures, aux postes de surveillants ou de surveillants en chef. Ces cours spéciaux constituent un motif d'encouragement supérieur pour les gardes-malades qui ont appris à aimer leur mission et qui se sentent les aptitudes voulues pour atteindre un grade supérieur. Ces gardes-malades sont généralement des modèles de bons serviteurs ; leur ambition, bien justifiée, les pousse à être corrects dans toutes les parties de leurs fonctions ; ils servent d'exemples et de stimulants à leurs collègues et, comme par anticipation, ils observent, pour ne pas dire ils contrôlent, la manière dont leurs compagnons accomplissent leurs devoirs. Insensiblement ils se préparent aux fonctions supérieures.

Le principe de l'assistance familiale étant actuellement admis par la presque généralité des médecins aliénistes, les colonies pour aliénés se multiplient ; on attache même des colonies aux asiles modernes, et les gardes-malades, après un certain nombre d'années de bons et loyaux services, ont la faveur de pouvoir être attachés à ces colonies, où ils reçoivent leur habitation pour y tenir un certain nombre d'aliénés, généralement ouvriers agricoles, qu'ils utilisent sur les vingt ou trente arpents de terre que leur cède la direction de l'asile aussi longtemps qu'ils resteront en fonctions.

C'est là le procédé appliqué dans les colonies familiales du type organisé près d'Uchtspringe par le Dr Alt. Le même procédé est appliqué dans les autres colonies familiales d'Allemagne, ainsi qu'en Hollande et en Autriche, ou chez nous dans certaines colonies agricoles, mais ce sont là des colonies familiales constituées sous forme de village artificiel, alors que les colonies écossaises, belges et françaises utilisent des villages ordinaires avec leur population normale transformée en nourriciers. Ces infirmiers improvisés ont besoin plus que tous autres d'une éducation complémentaire et d'un enseignement susceptible de les adapter à leur office si délicat de surveillance des malades logés à leur côté.

Les détracteurs n'ont pas manqué à cette conception d'éduquer les nourriciers-infirmiers et on a objecté qu'il y avait trop à faire pour leur apprendre leurs devoirs ou bien qu'ils étaient en général trop frustes pour recevoir un enseignement dont les conseils du

médecin au cours de ses visites devait leur tenir lieu, faute d'un mieux possible.

Mais on reconnaît là les objections préalables déjà invoquées contre l'enseignement du personnel hospitalier par ses détracteurs aujourd'hui réduits au silence. Il en sera de même de ceux qui voudraient s'opposer à la culture des populations chargées de l'assistance familiale ; on peut même dire que l'avenir de cette assistance réside toute dans la question de la culture spéciale des populations sur qui elle repose.

M. le Dr Peeters, le premier, dès 1880, a eu le courage d'entreprendre cette tâche si ardue d'éduquer les nourriciers de Gheel.

L'éducation et l'instruction technique des nourriciers jouent un grand rôle dans l'assistance familiale des aliénés. Les nourriciers doivent être préparés avec soin à leur tâche délicate de surveillant, infirmier et maître de maison appelés à pourvoir aux besoins matériels de leurs pensionnaires.

Cette éducation doit être faite par le Corps Médical de la colonie chargée d'assurer pour ses malades les meilleures conditions d'assistance ; les autorités locales peuvent être d'un grand appui dans cette tâche, d'autant plus facilement que la colonie est une nouvelle ressource pour la population.

L'école primaire doit être utile sous ce rapport en développant chez les enfants des nourriciers la pitié pour les faibles d'esprit, en leur enseignant les égards altruistes vis-à-vis de ces déshérités.

La culture morale de l'enfant, devenu adulte, pourra se poursuivre ensuite par le moyen des conférences publiques sur ce sujet, par les bibliothèques, cours d'adultes, et enfin par les cours techniques aux nourriciers, faits par les médecins de la colonie.

Les autorités locales seconderont avec utilité ces efforts en s'occupant de tout ce qui peut augmenter le bien-être de la population et l'économie domestique.

On ne saurait trop pour cela encourager, comme on le fait à Gheel, les œuvres sociales techniques coopératives, banques populaires, sociétés mutuelles, caisses d'épargne, école ménagère, car elles contribuent à l'amélioration de la vie rurale, et avec elle à celle des pensionnaires d'assistance familiale.

L'instruction des nourriciers doit être faite d'après un programme déterminé, bien adapté avec le niveau intellectuel des nourriciers;

Pour cela, ces cours, faits aux heures qui conviennent le mieux aux villageois (dimanche par exemple et le soir, la journée de travail finie), doivent revêtir le caractère des causeries amicales, que le médecin illustrera par des exemples, comparaisons simples tirées de la vie courante, faciles à comprendre, et si possible, des projections.

Le programme doit comporter les notions générales sur l'hygiène courante : la température, l'eau, les aliments, l'hygiène personnelle et l'hygiène des habitations ;

2° Des notions sur l'origine géniale des maladies, le rôle joué par les microbes, ainsi que les précautions à prendre en cas d'épidémie ;

3° Des notions sur les principales affections externes et internes, soins généraux à donner aux malades ; pansements, bandages, lavements, révulsifs, etc.

Des notions générales sur les maladies mentales, leurs variétés, les égards et la façon d'être avec les malades atteints de telle ou telle forme de maladies mentales doivent être ajoutées aux notions précitées. Les nourriciers seront mis au courant, avec utilité pour eux et les malades, des folies congénitales, épileptique, paralytique, manie, mélancolie, délires et démence.

Les nourriciers ayant compris ces cours faits et répétés pendant plusieurs années, deviendront des auxiliaires précieux du médecin, capables de comprendre et appliquer les instructions médicales.

Ces instructions et cours pourront se graver mieux dans leur mémoire à l'aide de petits manuels spécialement écrits pour les nourriciers, ou conférences publiées, ou mieux encore avec l'appui d'une publication sous forme de journal local quotidien dans lequel les médecins peuvent rappeler telle ou telle recommandation générale ; de tels journaux se publient en plusieurs asiles étrangers, pour le personnel de l'établissement et son instruction.

A côté de cet enseignement théorique il en existe un autre, celui tiré de la pratique, du contact avec le malade, les médecins et les infirmiers surveillants chargés d'inspecter les placements. Chaque visite d'inspection du médecin doit servir d'occasion pour renouveler les instructions, rafraîchir les notions d'hygiène et de pathologie mentale des nourriciers.

L'action moralisante du médecin, encourageant et récompensant les nourriciers dévoués, signalant les omissions des moins zélés, sera là pour activer leur tâche en leur indiquant le meilleur moyen de l'accomplir. C'est sur ces bases que fut dirigée la colonie de Dun-sur-Auron, en France. Les premiers cours furent faits par MM. les docteurs Marie et Vigouroux et M. de la Moutte ; ils sont continués à l'heure actuelle par les médecins des colonies familiales du Cher et de l'Allier, sous forme de cours du soir aux adultes de la population.

Une sanction resterait à donner à ces enseignements, sous forme d'un petit examen constatant que les auditeurs en ont profité ; les nourriciers infirmiers à inscrire à l'avenir devraient être munis de leur petit diplôme pour pouvoir recevoir des pensionnaires, et les plus anciens, qui auraient fait preuve qu'ils ont suivi et profité de l'enseignement, devraient toucher une petite prime, sous forme de livret de caisse de retraite.

Les femmes des nourriciers et leurs filles, futures nourricières, devraient être surtout éduquées ainsi en même temps que par une école ménagère, telle qu'il en existe une à Gheel, où elle donne les meilleurs résultats.

Le D[r] Deiters, de l'Asile d'aliénés de Bonn, qui depuis quatre ans s'occupe de l'examen des rapports de tous les établissements des pays de langue allemande, fait paraître chaque année un travail d'ensemble sur les progrès réalisés dans ces pays ; il résume comme suit l'opinion dominante sur la question du personnel médical subalterne.

Le progrès dans le service médical n'est réalisable qu'à la condition de former un bon corps de gardes-malades. Partout où ce dernier service a subi quelque perfectionnement, on constate une amélioration dans la situation générale de l'Asile.

C'est une erreur d'exiger du personnel infirmier un service de vingt-quatre heures pour chacun d'eux, de vouloir que le garde-malade qui a fait un service actif pendant le jour, couche encore dans les dortoirs, surtout dans ceux où l'on doute du calme absolu pendant la nuit. Certes, il s'y repose, mais en se mettant au lit il n'ignore pas qu'il n'est pas dégagé de toute responsabilité. En supposant le repos complet dans son dortoir, il doit arriver nécessairement, de temps à autre, que des malades troublent la tranquillité

dans les dortoirs voisins. C'est pour ces motifs que dans certains asiles, en attendant une amélioration fondamentale, on accorde hebdomadairement à chaque garde-malade un repos de vingt-quatre heures, de midi à midi, et à celui qui est marié, proportion encore petite, un congé de sept heures et demie du soir à six heures du matin, afin de lui permettre un séjour dans sa famille. Aux infirmières, on autorise après le souper, qu'elles passent la soirée dans leur salle de réunion. Dans la plupart des établissements des pays du Nord, les gardes-malades des deux sexes ont une chambre spéciale où ils peuvent placer quelques objets, se tenir à certains moments et passer la nuit.

Dès 1894 (1) l'un de nous s'exprimait ainsi : « Nous ne discuterons pas pour le moment les services réels que peut rendre la femme dans les quartiers qui logent les hommes aliénés. Nous savions qu'on avait commencé à l'Asile de Meeremberg, en Hollande, sous la direction du Dr van Deventer.

Nous avons rendu un juste hommage à la manière admirable dont sont tenus les Asiles et Hôpitaux desservis par la femme. Nous nous plaisions à reconnaître sa supériorité par rapport à l'homme dans l'art de soigner les malades, tout en reconnaissant qu'il existait dans les Asiles des infirmiers qui possèdent un niveau intellectuel et un tact tout à fait particuliers. Mais la supériorité de l'origine de la femme dans nos Asiles, la supériorité de leur éducation et de leurs sentiments naturels lui fait comprendre la sainteté de sa mission. On ne peut contester à la femme une plus grande délicatesse des sentiments, un tact supérieur, une commisération exemplaire en présence de la misère et des souffrances morales.

Consulté sur l'opportunité de modifications éventuelles, aux conditions de concours d'internat, l'un de nous a développé d'autre part les avantages qu'il pourrait y avoir à l'admission des femmes, tant comme auxiliaire de surveillance dans les services d'aliénés hommes que comme interne en médecine. Il semble qu'il n'y ait aucun inconvénient à ce qu'il ne soit fait aucune distinction selon les services d'hommes ou de femmes à ces divers points de vue.

(1) *L'enseignement professionnel des gardiens dans les Asiles d'aliénés.*

Il y a là encore des préventions théoriques que la pratique a presque partout controuvées, là où l'on a eu le courage de faire un essai d'application avant de rien préjuger.

En Russie, dans beaucoup d'asiles d'aliénés on emploie des femmes comme surveillantes, internes en médecine ou même médecins en chef.

Là cependant, on ne met pas d'internes hommes généralement dans les services de femmes ; aussi les femmes internes ou médecins chefs sont-elles presque toujours affectées au service des femmes, mais il y a dans certains services d'hommes des surveillantes femmes. Le séjour des internes dans les quartiers de malades est là beaucoup plus vigoureux et comparable à celui des sous-surveillants et sous-surveillantes chez nous.

En Hollande, d'autre part, dans les asiles d'aliénés de la Société évangélique et ceux de l'État, et en particulier celui de Meeremberg, les femmes sont employées de préférence dans le service d'hommes, au point que l'on tend à supprimer les infirmiers et surveillants hommes, qui sont remplacés par des femmes (même aux agités gâteux). Nous avons assisté à la promenade des aliénés hommes tranquilles, conduits par les jeunes nurses, dont la tenue a fait l'admiration des membres du Congrès international d'*Anthropologie criminelle* tenu en 1901.

A Meeremberg, le service des femmes gardes-malades est dirigé par Mme van Deventer, dont le mari, le Dr van Deventer (1), si apprécié de tous ceux qui s'occupent de psychiatrie, est le médecin en chef du même asile.

On le voit, l'admission des femmes dans les services d'hommes, tant comme personnel subalterne que comme interne, médecin chef et même directrice, est un fait déjà réalisé et satisfaisant d'ailleurs.

A Villejuif même, l'un de nous a dans son service des hommes une femme interne qui s'acquitte à souhait de ses fonctions ; cela se fait d'ailleurs depuis longtemps dans les hôpitaux.

La suppression de l'article réglementaire relatif aux droits civils, en cessant d'écarter les femmes internes et les étudiants

(1) Depuis 1906, le Dr van Devanter a été appelé aux hautes fonctions d'Inspecteur général du Service des Aliénés de son pays.

étrangers, rendra au concours de Paris le nombre de concurrents nécessaires, et la question est résolue déjà de l'accession des femmes au concours des médecins d'asiles.

Mais pour revenir au personnel subalterne femme dans les services d'aliénés hommes dans les asiles des pays de langue française, rappelons que beaucoup d'asiles français et belges, où des sœurs assurent le service d'infirmières, ont des sœurs à la tête de certains quartiers d'hommes (infirmeries, par exemple) et cela sans inconvénient, au contraire.

A la colonie familiale de la Seine une infirmière en chef était à la tête de la colonie d'Ainay, où elle avait été placée dès le début, et lorsque les femmes aliénées y furent remplacées par des hommes, l'infirmière fut maintenue ; l'excellent collègue qui succéda au Dr Marie, M. Lwoff, n'a eu qu'à se féliciter de ce maintien d'une femme à la tête d'une infirmerie d'hommes ; M. et Mme van Deventer ont pu la voir en service.

Développant les mêmes vues, M. le Dr Meens a réclamé pour l'inspection des placements familiaux d'hommes en colonie, des femmes auxquelles seraient données les attributions suivantes :

Elles auraient dans leurs attributions spéciales :

1° La surveillance de la propreté, de l'ordre et de l'ameublement de la maison du nourricier ; la surveillance de la literie et des habillements de l'aliéné ; la surveillance de la préparation de la nourriture ;

2° La surveillance des femmes aliénées et des soins intimes, médicaux ou autres qu'elles réclament ;

3° L'instruction spéciale des jeunes filles de nourriciers en tout ce qui concerne l'économie domestique : cuisine, lessivage, propreté, ameublement.

1° Les gardes, en leur qualité d'hommes, ne sont guère compétents dans les soins et la direction du ménage. Ils voient bien la différence entre un ménage bien tenu et un ménage mal tenu, mais ils ne sauraient apprécier les détails ni donner des conseils adéquats. La femme infirmière, au contraire, saisira d'un coup d'œil ce qui manque. Avec un sens délicat, un goût indéniable et des capacités innées pour ameubler et entretenir la maison, pour donner du cachet et un vernis agréable aux choses les plus insignifiantes, l'infirmière inspectrice donnera ses conseils et trans-

formera une maison négligée en un agréable *home*. Elle montrera comment on nettoie et on entretient les parquets et les meubles, les habillements et la literie. Elle goûtera des aliments, appréciera les sauces, corrigeant ici, améliorant là, tout en montrant qu'on peut faire par une cuisine soignée une économie considérable sur les matières premières. Elle sera le guide et le stimulant des nourricières et un puissant facteur de l'augmentation du confortable et du bien-être matériel dont jouira l'assisté.

2° Dans les colonies familiales uniquement destinées à des femmes, comme Dun-sur-Auron, un personnel féminin semble s'imposer. Il en est encore de même pour les colonies mixtes, comme Gheel, par exemple, où il y a environ 800 femmes. Bien que la nourricière doive s'occuper directement de l'aliénée et que l'infirmière-inspectrice ne fasse essentiellement que de la surveillance, il est des circonstances où l'intervention de la nourricière est insuffisante. En cas de maladie, dans l'administration des bains, en cas d'agitation d'une aliénée maniaque, dans le transfert de femmes aliénées et autres circonstances, il est nécessaire ou tout au moins décent et convenable qu'il y ait une infirmière qui prête main et assistance.

Même dans les circonstances ordinaires, la surveillance des femmes doit avant tout appartenir à l'infirmière ; c'est en elle que les femmes aliénées auront le plus de confiance et c'est auprès d'elle qu'elles seront le plus intimes.

C'est encore l'infirmière qui sera la plus à même de connaître les besoins particuliers de chaque aliénée. Auprès des malades payantes surtout, elle sera la bienvenue ; elle les stimulera à s'occuper régulièrement et leur indiquera l'une ou l'autre besogne agréable.

3° L'infirmière-inspectrice s'occupera de l'instruction des jeunes filles qui seront plus tard les nourricières, et cela en tout ce qui concerne la tenue du ménage. Elle les réunira hebdomadairement le jeudi après dîner, par exemple, ou le dimanche, et leur enseignera le choix et la préparation des aliments : soupe, légumes, laitages, pain, viandes, et la valeur nutritive de ces aliments ; le lessivage, le repassage ; la couture et le remaillage ; la propreté, l'ordre, l'économie, etc.

Avec les occupations multiples dont elle est chargée et qui, pour

être bien conduites, demandent plus qu'une surveillance fugitive, il sera difficile d'imposer un service mathématiquement réglé comme celui du garde de section qui visite un nombre de fois donné tous les ménages de sa section. L'infirmière sera d'ailleurs constamment contrôlée par le médecin et elle devra fournir non pas un rapport journalier, mais un rapport hebdomadaire sur son service.

Dans les asiles, une infirmière diplômée est ordinairement à la tête du personnel, même dans les quartiers d'hommes. A la colonie, nous estimons que le garde et l'inspectrice ne doivent être dans aucune dépendance l'un vis-à-vis de l'autre. Ils ont chacun des attributions spéciales et sont responsables de leur service respectif devant le médecin seul. Nous ne verrions aucun inconvénient à ce qu'un couple marié et d'ailleurs capable, assume cette double fonction ; toutefois, et cela se comprend, il ne pourrait plus être inscrit comme nourricier, leurs occupations professionnelles prenant tout leur temps.

Le nombre d'infirmières-inspectrices variera avec le nombre des assistés ; là où il y a plusieurs médecins de section, chacun d'eux sera assisté d'une infirmière. Elle jouira d'un traitement convenable et aura droit à la pension comme les gardes (Meens). L'introduction de la garde-malade dans les quartiers pour hommes commença aux États-Unis « Au Mc'Lean Asylum » en 1877. On y débuta par la nomination d'une seule nurse qui avait suivi des cours spéciaux dans un hôpital général, et les résultats furent tels qu'en 1879, on organisa au dit asile toute une école avec un enseignement suivant un plan analogue à celui en usage dans les hôpitaux usuels.

Les résultats furent heureux et en 1882 le Dr Cowles modifia le plan de l'enseignement en y ajoutant les connaissances indispensables à l'art de soigner les aliénés ; on alla même jusqu'à enseigner aux futures nurses, l'art de cuisiner pour les malades, le massage, la gymnastique médicale. Après trois années d'instruction six nurses passèrent l'examen avec succès, et en 1890 ledit asile avait déjà accordé des diplômes de capacité à 70 femmes actuellement.

Depuis lors l'idée a bien grandi, le germe s'est complètement développé. En 1893-1894, la question de savoir jusqu'à quel point il serait possible ou désirable de remplacer des hommes-nurses

par des femmes-nurses fut l'objet d'un examen très soigné de la part du Comité d'inspection des asiles d'aliénés des États de New-York. Les premiers essais y furent faits en 1893, à un moment où l'on crut pouvoir améliorer le service des réfectoires. Chaque salle à manger d'un pavillon pour hommes fut desservie par des femmes au « Saint-Laurence-Asylum » ; on se loua bientôt de l'heureuse initiative ; elle eut une excellente influence sur la conduite des malades, de sorte que l'initiative, et toujours avec le même succès, s'étendit aux vestiaires et de là aux salles de réunion, à l'exception du service balnéaire ou pour tous les travaux qui réclamaient des forces; enfin les femmes furent appelées aux services des infirmeries, des impotents, des malpropres, des déments. Pour 80 de ces malades on avait huit femmes et un homme pour le transport des malades et la surveillance des bains [1].

Ce changement fut tout à l'avantage non seulement des malades, mais encore pour l'ordre dans le service. La femme témoigna de meilleures aptitudes, une supériorité incontestable. On en conclut nécessairement à l'extension du service par les femmes aux quartiers des hommes. Aucune objection ne fut soulevée ; au contraire leur présence eut cet immense avantage que les aliénés devinrent plus décents dans leur conduite et leur langage. Une objection préalable néanmoins fut faite : les femmes ne se seraient pas montrées favorablement disposées à entreprendre ce service. Un résultat inverse fut obtenu, la généralité des femmes préfèrent le service au quartier des hommes à ceux des femmes, y étant bien plus considérées par les malades.

Les résultats obtenus au « Saint-Laurence-Asylum » eurent pour conséquence l'introduction de la garde-malade dans les quartiers pour hommes non seulement dans les autres asiles des États de New-York, mais encore dans d'autres provinces des États-Unis.

Un jour le Dr Cowles se permettait de demander à une de ses gardes-malades qui avait servi autrefois dans un hôpital ordinaire, quelle différence il y avait entre les deux espèces de services. Sa réponse fut : dans un hôpital ordinaire le malade doit plaire à la

(1) Depuis la présentation de ce travail, nous avons reçu le 23e *Rapport annuel* du Mc Lean Hospital (1906). Il mentionne, pour le terme du 24 mars, 542 gardes-malades diplômés (192 hommes et 350 femmes).

garde-malade; dans un asile d'aliénés c'est la garde-malade qui doit plaire aux aliénés.

Aussi, la question de soigner les maladies mentales et nerveuses est-elle devenue aux États-Unis, en Angleterre, en Écosse, etc. une profession en voie de prospérité croissante et très considérée. Beaucoup de gardes-malades diplômées quittent l'Asile pour s'établir dans la pratique privée. Les médecins aliénistes n'y voient aucun inconvénient, les nouveaux candidats ne faisant pas défaut.

Toutefois le cours de deux années d'études a-t-il paru insuffisant dans tous les établissements américains et européens qui délivrent des diplômes. Les cours actuels sont répartis en trois années et certaines matières ont reçu une certaine extension.

Parmi les promoteurs de l'heureuse innovation dans les Asiles d'aliénés en Europe, nous citerons les Drs van Deventer, Robertson, Turnbull, Heidenreich, Cowles, etc.

C'est sans aucun doute au Dr van Deventer, autrefois médecin-directeur de l'Asile de Meerenberg (Hollande), que revient le grand honneur d'avoir introduit la garde-malade aux quartiers des hommes aliénés. Quand, en 1879, il jeta les premières bases de la réorganisation du personnel subalterne des Asiles, il était attaché au service du « Buiten-Gasthuis », à Amsterdam; il recommanda au chef médical de cet établissement l'assistance d'une femme dévouée, intelligente, énergique, pleine de tact; plus tard il conseilla de confier autant que possible le service des hommes aliénés à des femmes, même de confier à une femme la haute surveillance des quartiers pour hommes.

Appelé à la direction de l'Asile de Meerenberg, il entreprit la même réforme, mais bien timidement. Dans chacun de ses rapports annuels il fit connaître l'extension de ce nouveau service et se flatta des résultats obtenus.

La population de l'Asile était de 1285 en 1892 et de 1378 en 1904.

Des 216 femmes attachées à l'Asile en 1902, il faut en défalquer 29 comme étant attachées au service domestique; soit 196 femmes faisant le service des gardes-malades.

Tableau du personnel attaché aux Services de l'Asile de Meerenberg depuis 1892 a 1903.

INFIRMIERS	INFIRMIÈRES	ANNÉES	HOMMES	FEMMES	TOTAL	INFIRMIÈRES au 9e hommes
62	70	1892	137	102	239	1
62	80	1893	141	125	266	13
56	98	1894	132	149	281	25
55	115	1895	134	157	291	29
48	110	1896	123	180	303	39
49	110	1897	125	185	310	44
48	118	1898	127	182	309	42
46	160	1899	126	193	319	2
46	168	1900	124	200	324	57
50	180	1901	127	211	338	? (1)
44	184	1902	125	216	341	?
46	187	1903	127	216	343	?

Au 31 décembre 1904, le personnel masculin fut réduit à 71 et le personnel féminin à 212 pour une population de 624 hommes aliénés et 754 femmes aliénées.

Dans le cours de la même année, 83 membres du personnel infirmier se sont présentés à l'un ou l'autre des trois examens requis — il y a trois années d'études à l'Asile de Meerenberg ; — quelques candidats se sont retirés avant l'examen ; 58 l'ont passé avec succès. C'est un résultat splendide pour un seul asile.

Le Dr E. M. Robertson, médecin-directeur de l'Asile de Stirling (Ecosse), appartient également à cette belle phalange de psychiatres qui, dans ces derniers temps, se sont occupés de l'introduction de la femme dans les asiles d'aliénés.

S'il est admis, dit-il, que les infirmières ont su prouver que, par instinct, elles sont particulièrement aptes à remplir ces fonctions spéciales et qu'elles n'ont pas hésité à remplir chez les hommes adultes les plus sales ouvrages qui entrent dans leurs attributions,

(1) La proportion des infirmières ayant augmenté pendant les années 1901 à 1903, il est évident que la proportion des infirmiers au quartier des hommes n'a pas été diminué pendant cette période.

on ne peut rien objecter à leur utilisation dans les quartiers d'infirmeries pour hommes, aussi bien la nuit que le jour. Pour le Dr Robertson, c'est là le suprême idéal à réaliser dans les Asiles d'aliénés; il rend pleine justice aux infirmiers des hôpitaux et infirmeries qui autrefois ont su rendre des services très appréciés, mais pour le bonheur de leurs propres malades, aucun ne formera des objections aux services à rendre aux malades, aux vieillards et infirmes, par des femmes agissant sous la direction d'infirmières diplômées, c'est-à-dire ayant reçu une éducation toute spéciale. Aussi doit-on considérer comme une faute de recevoir des femmes sans les conditions précitées pour les soins à donner aux malades et infirmiers des Asiles.

Depuis 1896, le Dr Turnbull, médecin-directeur des Asiles à Fife d'Écosse, a réorganisé également le service de l'infirmerie des hommes et y a introduit des infirmières; les malades y sont traités absolument comme dans un hôpital. Ce service a fonctionné dès le début à la grande satisfaction des malades et des infirmières. Toutes les difficultés qu'on croyait pouvoir prévoir, se sont évanouies devant les résultats obtenus, et les infirmiers ne cachent pas que le service de l'infirmerie des hommes est plus facile qu'à l'infirmerie des femmes. Cet aveu constitue la confirmation du besoin de la généralisation de la transformation de ce service.

Il s'agit ici de faire ressortir que l'infirmerie du Dr Turnbull n'est pas une infirmerie ordinaire, ce qu'il appelle « Sick-room » ressemble au quartier d'admission, d'observation et de surveillance continue des Allemands, car il y place tous les aliénés qu'il croit aptes à trouver des avantages par l'alitement. Il avoue, à cette occasion, qu'il n'y place pas les cas agités, bruyants ou présentant un état qui ne permet pas leur placement au milieu des malades et des infirmiers. Ces malades turbulents sont confiés à un quartier composé de chambres d'isolement et soignés par des infirmiers, où ils restent jusqu'à ce que leur situation se soit assez modifiée pour être placés dans le quartier où il n'y a que des infirmières. Le Dr Turnbull déclare que cette classe de malades est un peu nombreuse et que la plupart des malades qui réclament l'alitement sont directement placés dans les infirmeries.

Pour l'Asile de Five, le D[r] Turnbull a établi deux indications qui plaident en faveur de l'admission de l'infirmière au quartier des hommes aliénés :

1° Les aliénés qui, en raison d'une maladie somatique, réclament des soins spéciaux. — De nombreux asiles ont déjà adopté ce système avec le plus grand succès.

2° Les aliénés chroniques, apparemment en bon état de santé physique, qui sont calmes, dociles et faciles à conduire. — Dans quelques asiles une partie de ces aliénés chroniques est déjà confiée à des infirmières, et à cette occasion, disons en passant, que nous rencontrons chez ce genre d'aliénés un argument qui plaide en faveur de l'Assistance familiale et auquel on n'a guère songé. Dans la plupart des colonies d'aliénés, ce sont les femmes des nourriciers qui prêtent une masse de petites attentions aux malades, qui observent mieux certaines variations dans leur situation, observations qui échappent souvent à l'homme trop préoccupé par les idées de son travail, par des intérêts matériels.

Le D[r] Turnbull cite le cas où depuis plus de trente ans une villa est attachée à son asile et on y a placé trente-deux malades sous la surveillance d'un infirmier et de sa femme. Pendant tout ce temps on n'a eu aucune plainte à formuler. La présence de la femme y offre de grands avantages ; il règne dans cette villa une grande propreté, un grand ordre aux moments des repas, etc., et, de l'ensemble, il résulte une meilleure conduite parmi les malades.

Le D[r] Turnbull croit à une extension progressive du service des infirmières, aujourd'hui surtout qu'il n'est plus permis de douter de l'efficacité de l'alitement au début des maladies mentales, même lorsque celles-ci ne sont compliquées d'aucune maladie somatique, ce qui oblige à placer ces malades au quartier d'observation (infirmerie).

Le D[r] Turnbull voudrait encore confier aux infirmières les aliénés chroniques et violents dont un grand nombre souffre d'infirmités physiques, mais il se déclare adversaire de l'introduction de l'infirmier là où il y a une infirmière, à moins que ce ne soit un couple marié, qu'il y ait à la fois ou non des jeunes infirmiers attachés à leur service.

Le D[r] Reid, médecin-directeur de l'Asile d'Aberdeen (Écosse), a étendu le service de la garde-malade jusque dans les quartiers

des cas récents et des convalescents (hommes). Il déclare qu'en faisant un choix judicieux des cas, il est impossible de nier qu'il y ait là un progrès sérieux dans le traitement des maladies mentales. Les pensionnaires surtout donnent la préférence à la présence des infirmières. En dehors de l'alitement des cas récents, le Dr Reid recommande chaudement le séjour au lit des déments séniles pendant toute la durée de l'hiver. Il a créé un quartier spécial pour ce genre de malades, qui tous sont soignés par des nurses et le service se fait à la complète satisfaction du médecin-directeur.

A Copenhague, il existe une clinique psychiatrique sous la direction du Dr Friedenreich. A l'exception du service de nuit, pour lequel il y a des infirmiers, le service des aliénés est confié depuis cinq ans à des infirmières. La clinique reçoit même les criminels envoyés par la police. Le Dr Pontopidon témoigne à la fois son étonnement, sa satisfaction et son admiration pour son personnel féminin.

L'expérience acquise jusqu'ici permet d'affirmer que dans les quartiers pour hommes où la garde-malade a fait son introduction un progrès sensible a été noté. Une plus grande propreté chez les malades et dans les literies, il y a moins de plaintes et plus de satisfaction chez les aliénés ; c'est à la garde-malade qu'on confie la responsabilité ; c'est elle qui prend note sur les modifications observées chez les malades, et c'est elle encore qui administre les médicaments. En somme, la garde-malade présente par rapport à l'homme cette supériorité qu'elle montre plus d'amour-propre dans l'exercice de ses fonctions, qu'elle est plus attachée à son service ; on rencontre chez elle les devoirs et la responsabilité de la maternité ; elles se montrent plus compatissantes, plus sympathiques à l'égard de leurs malades, et partant de là, elles témoignent d'un tact de beaucoup supérieur.

Vœu des Médecins-Adjoints au sujet du Concours unique pour la Seine.

M. DIDE. — Récemment la Société médicale des aliénistes de la Seine a établi un projet de concours, d'après lequel le recrutement des médecins des asiles de la Seine se ferait d'après un mode spécial. Je tiens, avant de développer les arguments qui me paraissent plaider contre cette façon de faire, à bien dire que je suis certainement un de ceux que ce concours léserait le moins. Quoi qu'il en soit, un très grand nombre de mes collègues ayant vivement insisté pour que je prisse la parole, je le fais en m'excusant d'avance d'être un mauvais avocat pour une bonne cause.

Les arguments qui, d'après les protagonistes du projet, militent en sa faveur, sont au nombre de trois : intérêt de la justice, intérêt scientifique, intérêt des malades.

Le premier est insoutenable. En effet, au moment où l'administration a conféré après concours le titre de médecin-adjoint des asiles, elle a implicitement contracté vis-à-vis du titulaire, l'engagement de lui donner, pendant toute sa carrière, les avantages qu'elle lui promettait à son entrée en fonctions. Un règlement ayant un effet rétroactif et limitant dans de grandes proportions les possibilités d'avancement, me semblerait foncièrement injuste, j'allais presque dire illégal.

Le deuxième argument n'a pas plus de valeur, l'érudition des candidats est largement assurée par le concours unique tel qu'il existe, et je ne sache pas qu'un concours — quel qu'il soit — offre une garantie quelconque au point de vue « valeur scientifique ». Que viendra donc prouver ce nouveau concours? D'autre part, la Seine, qui a le légitime désir de posséder l'élite des aliénistes français, offrira comme poste de début Dun-sur-Auron ou Ainay-le-Château! perspective singulièrement attrayante pour un jeune savant qui avait jusqu'alors à sa disposition les richesses scientifiques, comme Lyon, Marseille, Bordeaux, Nancy, Lille, Nantes, etc... Je pense plutôt que ce concours favorisera des ambitions moins nobles que celle de la gloire scientifique.

L'intérêt des malades ne saurait davantage être en jeu. Que se passera-t-il? L'aliéniste désireux de rester dans la Seine, fera

sagement en restant à Paris même, son internat fini. Il partagera son temps entre sa clientèle et ses anciens chefs. Nommé suppléant, sa clientèle lui laissera moins de temps, assez cependant pour entretenir ses amitiés dans les bureaux sans négliger ses maîtres d'hier, presque collègues aujourd'hui. Une fois pourvu d'un service suburbain, il se hâtera de finir sa visite pour venir à Paris voir ses clients, ses amis influents et ses relations mondaines. On en arrive à cette étrange conclusion que les malades seront entourés d'une sollicitude plus grande de la part d'un praticien surmené de la sorte, que de celle d'un aliéniste de carrière dont la préoccupation unique et constante est et sera toujours l'amélioration du sort des malades confiés à sa charge ?

M. BROUSSE exprime le regret de voir arriver à la fin du Congrès cette question. Il demande à ce qu'on la renvoie au Congrès prochain. Les conditions mêmes du concours ne lui paraissent pas acceptables telles qu'elles ont été instituées. « Je ne crois pas, dit-il, qu'il soit bon de faire dans les asiles depuis l'interne jusqu'aux médecins un ensemble ne pensant plus qu'à ce concours et plus à la clinique. Ce concours serait-il généralisé à toute la France. » Entre Paris et la province, il y a des différences. Dans la province, les fonctions sont réunies ; à Paris, où il se fait une véritable spécialisation par asile, est-ce qu'il n'y a pas intérêt à approprier chaque médecin à cette spécialisation clinique ? Il n'est pas prouvé que le département de la Seine n'ait pas intérêt à cette spécialisation. Il y a aussi la question gouvernementale : Paris pourra demander au ministère, en raison des avantages si spéciaux qu'il fait à ses médecins, des garanties particulières.

M. CULLÈRE. — M. Brousse dit que les asiles de la Seine forment un groupe d'asiles spécialisés. Y aura-t-il un jury spécial pour chaque maison spécialisée ?

M. BROUSSE. — Pour les hôpitaux, pour Nanterre, pour Bicêtre.....

M. CULLERRE. — Je ne crois pas que les asiles aient à y gagner.

M. DROUINEAU. — J'estime que la question ainsi présentée ne peut être que l'objet d'un vœu. La création du concours remonte à un certain nombre d'années, grâce à M. Bourneville. Quand nous avons eu la pratique du concours régional, nous nous sommes aperçus qu'il y avait une multiplicité de jurys et des niveaux d'appréciation du jury. Quand il y a eu un concours unique, tout le monde s'est félicité du résultat. Les jeunes gens les plus distingués des asiles de la Seine se sont rencontrés avec ceux de province et le niveau du concours s'est élevé. Nous avons vu un chef de clinique accepter un poste de médecin-adjoint dans un asile de province ; un jeune médecin de Lyon est venu disputer au dernier concours la première place à un chef de clinique de Paris. L'administration et le ministère sont persuadés qu'ils ont atteint l'idéal pour le recrutement du personnel des médecins-adjoints des asiles de France. Les circonstances peuvent faire qu'un médecin des asiles, pour des raisons d'ordre très diverses, aura besoin d'être déplacé. Lorsqu'il serait permis à la Seine d'agir ainsi, tel autre département pourrait juger bon d'agir de même. Ce serait une désorganisation absolue. Nous avons l'expérience des concours régionaux, celle des concours centraux ; un nouveau concours ne donnerait pas un recrutement supérieur. Le ministère est lié par des précédents qu'il serait difficile de modifier. Il faudrait imaginer un procédé qui permette à tous les anciens médecins de conserver leurs droits et de les concilier avec ceux des médecins nommés par le nouveau concours. C'est une question qui suivra son cours. La protestation que les médecins de province font entendre est absolument légitime. Ce n'est pas quand il s'agit de créer un corps qu'on abandonnera un mode de recrutement qui a donné jusque-là toute satisfaction. Nous tenons à avoir un personnel excellent, à le voir grandir et prospérer.

M. BROUSSE. — Je ne sais pas si, pour arrêter une question présentée par un personnel de grand mérite lui aussi, ce soit le véritable moyen de ne pas le discuter.

D[r] RÉGIS. — Je donne mon avis en toute indépendance, puisque je ne suis nullement intéressé à la question. Je crois, comme M. l'Inspecteur, que le concours unique pour la France est excel-

lent. Le concours spécial a l'air de dire que les médecins en chef de province ne sont pas à la hauteur des médecins de Paris. Les médecins de province pourraient aussi se syndiquer. Je voudrais démontrer que la Seine aurait plutôt à perdre qu'à gagner. Elle se lierait les mains en ne se permettant pas d'appeler chez eux un médecin de province qui se serait distingué. Un autre argument : « il y a, dit M. Brousse, une utilité à la spécialisation ». Il faut, au contraire, se spécialiser le plus tard possible. Il ne faut pas s'occuper spécialement de telle ou telle folie, les folies varient suivant les régions où elles se produisent.

M. MANNHEIMER. — Je suis de l'avis de M. Régis, mais je crois qu'il serait bon qu'un médecin d'asile fît de la clientèle avant d'entrer dans un asile. Le concours unique pour la France a l'inconvénient d'éloigner de Paris.

M. DOUTREBENTE. — Je prends la parole pour apporter la protestation de mon médecin-adjoint. Je crois, comme M. l'Inspecteur, qu'on n'a pas le droit de rompre un contrat. La loi n'a pas d'effet rétroactif. On peut aller devant le Conseil d'Etat. Les gens qui se spécialisent, par exemple, dans les colonies familiales ne désirent que rentrer dans la Seine, dans un asile où il n'y a pas de spécialisation.

M. BROUSSE. — Je ne suis pas l'avocat du projet, mais il n'est pas possible que ce projet arrive à exécution avant un an. Il serait bon que les médecins de la Seine vinssent soutenir leur opinion.

M. DROUINEAU. — D'une certaine manière, je m'opposerai à un ajournement. Vous ne pouvez pas empêcher que ce projet arrive au ministère. L'an prochain, on pourra également discuter.

M. BROUSSE. — Ce n'est que l'an prochain qu'il sera soumis au Conseil général.

M. DOUTREBENTE. — Les auteurs du projet fréquentent peu les Congrès. C'est une question professionnelle et on doit la discuter le plus tôt possible. Je renouvelle ma protestation. Ce projet a été fait par les mêmes qui ont demandé la suppression des

médecins-adjoints dans la Seine ; maintenant, ils veulent les rétablir sous un autre nom pour faire arriver, j'allais dire : les amis. Eh bien, je le dis, car c'est la vérité, je demande qu'on émette un vœu.

M. FOVEAU DE COURMELLES. — Je n'appartiens pas au corps des asiles, mais je suis d'avis que la spécialisation ne doit pas être poussée trop loin.

M. PICHENOT. — Je m'associe aux paroles de mon collègue, M. Doutrebente.

M. DIDE. — La question de l'absence des médecins de la Seine n'est pas un obstacle. Il y en avait deux au moins qui sont partis et qui savaient que la question serait discutée puisque M. Leroy et moi, l'avions dit à l'un d'eux. En conséquence, j'ai l'honneur de soumettre au Congrès le vœu suivant, dont les termes ont été soumis à l'approbation de M. l'Inspecteur général délégué du ministère de l'Intérieur :

Le Congrès de Rennes, considérant que le concours unique tel qu'il fonctionne actuellement, donne toutes les garanties et assure d'une façon complète dans tous les asiles de France le recrutement du corps médical.

Émet le vœu

Que ce concours soit conservé dans les conditions actuelles.

Le vœu est adopté à l'unanimité moins deux voix.

RÉCEPTIONS, BANQUETS, EXCURSIONS

RÉCEPTION DE LA MUNICIPALITÉ

Le mardi 1er août, la Municipalité de Rennes avait invité gracieusement les membres du Congrès et les médecins de Rennes à l'Hôtel de Ville. Le grand salon où avait eu lieu le matin la séance d'inauguration, maintenant décoré de plantes et de fleurs, est brillamment illuminé.

En claires et ravissantes toilettes les dames apparaissent nombreuses avec les congressistes et les invités, parmi lesquels plusieurs médecins de l'armée.

La Musique municipale prête son harmonieux concours à la fête.

M. le sénateur-maire Pinault, entouré de son Conseil municipal, reçoit les arrivants ; après les présentations faites, il souhaite à tous la bienvenue en quelques paroles aimables et fait servir du champagne et des gâteaux. A ce moment, M. Oberthür, premier Adjoint, prononce l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs,

La Municipalité de Rennes est d'autant plus heureuse de voir un Congrès de médecins réuni dans ses murs que, de tout temps, la Ville de Rennes a professé pour les sciences en général — la science médicale en particulier et les savants qui s'y adonnent — les sympathies les plus vives et les plus sincères.

Le Conseil municipal de Rennes a voté tout récemment un emprunt de 376 000 fr. pour achever les constructions destinées à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Lorsque les travaux votés seront achevés, la Ville de Rennes possédera l'école la mieux aménagée et conçue suivant les données les plus modernes.

L'ambition de la Ville de Rennes est de devenir une Faculté de médecine.

Ville d'études avant tout, Rennes veut et doit être pourvue d'une Faculté de médecine, qui complètera, avec les Facultés des sciences, de droit et des lettres, l'Université bretonne.

Si l'on trace sur la carte de France une ligne qui, en passant par Paris, part de Lille pour aboutir à Bordeaux, on constate qu'à l'ouest de cette ligne il n'y a pas une seule Faculté de médecine, tandis que de l'autre côté on peut en compter sept : Lille, Nancy, Paris, Lyon, Montpellier, Toulouse et Bordeaux.

Cependant la Bretagne est une des provinces de France où la population est plus dense.

Le peuple armoricain a conservé jusqu'ici ses mœurs, ses costumes, ses traditions et sa langue.

Cette langue, dont les beautés sont d'ailleurs mises en relief à notre Faculté des lettres, par un celtisant des plus distingués, n'est guère près de s'éteindre.

Les parents la parlent toujours à leurs enfants, qui la parleront encore aux leurs.

Dans ces conditions, il faut à une partie de la Bretagne des médecins parlant breton.

Chaque année, une pléiade de jeunes hommes voulant se livrer à l'exercice de la médecine, quittent les Côtes-du-Nord, le Morbihan et le Finistère, pour venir à Rennes commencer leurs études médicales.

Mais dans l'état présent des choses, ils ne peuvent les y achever.

Il faut qu'ils aillent passer leurs examens de doctorat à Paris.

Dès lors, combien de jeunes docteurs bretons restent aux environs de la capitale et ne reviendront plus dans leur pays d'origine !

Alors les cantons populeux et parlant breton se trouvent ainsi délaissés et exposés à manquer de médecins.

Il n'en serait pas de même si les études médicales pouvaient s'achever à Rennes, ville toute désignée par sa position géographique, les moyens d'instruction dont elle dispose déjà et ceux qu'elle a l'intention d'y ajouter encore.

Outre que beaucoup de frais se trouveraient ainsi épargnés à des familles peu fortunées, maintes occasions tentatrices seraient évitées à nos jeunes docteurs d'aller exercer leurs talents loin du pays natal.

On pourrait espérer qu'un plus grand nombre d'entre eux reviendraient au foyer, dont ils n'auraient pas trop longtemps perdu le contact.

Sans doute, la vie est un peu austère dans des pays où le confortable n'est pas encore très raffiné ; mais il y a de hautes compensations morales parfaitement capables de satisfaire les cœurs généreux.

Nous avons donc les plus sérieuses raisons de désirer à Rennes une Faculté de médecine et d'espérer que notre désir peut devenir une réalité.

Dans ces sentiments qui nous animent tous, aussi bien au Conseil municipal de Rennes que dans la population de cette vieille capitale

provinciale, vous comprenez aisément, Messieurs les médecins, de quelle sympathie particulière nous vous entourons et dans quel milieu ami vous avez résolu de tenir votre XVe Congrès.

Nous savons d'ailleurs quelle haute estime méritent nos médecins rennais ; nous connaissons leur science, leur dévouement, leur désintéressement et leur probité.

D'après la valeur des professeurs de notre École, aussi bien que des praticiens de notre cité, nous sommes à même d'apprécier ce qu'est, dans son ensemble, le corps médical, représenté ici par deux de ses plus honorables et intéressantes spécialités.

Permettez-nous donc, Mesdames et Messieurs, d'élever nos coupes en votre honneur et de former les meilleurs vœux pour nos si estimables et si distingués hôtes, MM. les médecins neurologistes et aliénistes.

Puisse, comme le souhaitait ce matin notre digne et vénéré sénateur-maire, votre Congrès être fructueux, marquer pour le bien de l'humanité de notables progrès dans la science ; et puissiez-vous tous, Mesdames et Messieurs, emporter de Rennes et de la Bretagne un aimable et sympathique souvenir ?

M. le Dr Giraud répond en ces termes :

MONSIEUR LE SÉNATEUR-MAIRE,

Je vous remercie bien vivement de l'accueil si sympathique que nous recevons de vous, et l'éloquent discours de M. Oberthür nous montre une fois de plus tout l'intérêt que la Municipalité de Rennes porte aux sciences médicales. Nous savons tout ce que vous avez fait pour votre école de plein exercice et je connais plus d'une Faculté de médecine qui pourra envier vos nouvelles installations; le désir d'avoir à Rennes une Faculté de médecine bretonne est bien naturel.

Ce matin nous assistions, ici même, à la séance officielle d'ouverture de notre Congrès. Ce soir c'est une véritable fête de famille qui nous réunit.

Je ne puis que vous le répéter : nous sommes heureux de venir sur le sol de la Bretagne et nous ne pouvions faire un meilleur choix pour le siège de notre congrès, que sa capitale.

Monsieur le Sénateur-Maire, je lève mon verre à votre santé, à celle de M. Oberthur, à celle de la Municipalité tout entière.

M. Pinault remercie et exprime l'espoir de voir un jour les médecins aliénistes de nouveau tenir leurs assises à Rennes, et en terminant il a bu aux congressistes et aux médecins de Rennes qui ont bien voulu répondre à l'invitation du Conseil municipal. Pendant que la Musique municipale fait entendre

ses plus beaux morceaux, les conversations s'échangent entre confrères, heureux de se revoir ou de faire connaissance; le champagne pétille, les cigares s'allument, et vers 10 h. 1/2 la fête prend fin.

BANQUET PAR SOUSCRIPTION

Le mercredi soir 2 août, à 7 heures, eut lieu le traditionnel banquet par souscription du Congrès.

Les dames étaient invitées gracieusement.

M. Rault, préfet d'Ille-et-Vilaine; M. Pinault, sénateur-maire de Rennes ; M. l'inspecteur général Drouineau, délégué du ministre, et Mme Drouineau, avaient bien voulu accepter l'invitation des congressistes. M. l'Adjoint Oberthür, indisposé, MM. Gaspaillart et Oudin, conseillers à la Cour, absents, s'étaient excusés.

Le grand salon de l'Hôtel de Ville, par une attention nouvelle de la Municipalité, était de nouveau la salle de réunion, décorée de fleurs superbes des serres de la Ville et gaiement illuminée. Le menu, servi par M. le traiteur Gaze, de Rennes, était des plus réussis et était ainsi composé :

Consommé Barakine
Saumon de la Loire sauce Pompadour
Filet de Charolais à la Stanley
Canetons Nantais à la Bragance
Punch glacé à la Romaine
Dindonneaux de Bresse Truffés
Salade Panachée
Langoustes en Belle-Vue
Cèpes à la Bordelaise
Cœurs d'Artichauts Barigoule
Ananas à la Montmorency
Bombe « Anne de Bretagne »
Gaufrettes Vanille
Petits Fours variés
Coupes de Raisin, Pêches, Prunes, Abricots
Tisane de Champagne frappée en Carafes
Xérès, Chablis, Graves
Pichon Longueville
Volnay, Champagne Sillery
Café, Liqueurs

Au dessert M. le Dr GIRAUD, président du Congrès, se lève et prononce les paroles suivantes :

MESDAMES, MESSIEURS,

Lorsque le 1er Congrès annuel des médecins aliénistes se réunit à Rouen en 1890, on décida de rompre avec une tradition des Congrès internationaux. Le banquet avait lieu après la clôture du Congrès et les dames n'y étaient pas admises. C'était une cérémonie un peu solennelle et manquant de gaîté. A Rouen, dès la première séance, on s'entendit pour avoir le lendemain une réunion amicale et dîner gaîment ensemble pour établir des liens de bonne confraternité. Nous fîmes le bonheur des journalistes, qui nous ont plaisantés, et l'hiver suivant, à la revue locale des événements de l'année, sur un petit théâtre on représenta les aliénistes se préoccupant avant tout de manger. Malgré les plaisanteries dont nous fûmes l'objet, il paraît que l'idée n'était pas mauvaise, car dans les congrès suivants l'usage s'est maintenu de se réunir amicalement à dîner, le plus tôt possible, et d'y inviter les dames. A Rouen nous n'avions que deux dames. On ne pouvait pas demander à un enfant d'être grand dès sa naissance. Vous pouvez constater aujourd'hui, Mesdames, que l'enfant a pris un beau développement. Ce n'est pas seulement pour manger que nous sommes réunis ici, c'est surtout pour nous trouver entre nous, en famille, et nos Présidents d'honneur qui ont accepté notre invitation sont bien de la famille. Grâce à cette réunion je puis porter un toast à M. le Sénateur-Maire de Rennes et à la Municipalité qui nous a fait un accueil si aimable à notre arrivée dans ce pays ; à Monsieur l'Inspecteur Général Drouineau, représentant au Congrès Monsieur le Ministre de l'Intérieur ; à Monsieur le Préfet d'Ille-et-Vilaine ; au professeur Brissaud, représentant la Société de neurologie ; à notre ami Vallon, représentant la Société médico-psychologique. A vous toutes, Mesdames, je lève mon verre à votre santé.

M. Pinault, sénateur-maire, remercie M. Giraud de ses aimables paroles et répète qu'il espérait bien que la ville de Rennes serait de nouveau appelée à donner encore dans l'avenir l'hospitalité aux médecins aliénistes et neurologistes.

Des applaudissements accueillent le toast du Président et la réponse de M. Pinault. M. le Dr Deschamps, comme médecin de Rennes, porte un toast à ses confrères et rappelle ses souvenirs du premier congrès auquel il a assisté, à Angers en 1898 ; il s'adresse spécialement à M. le Dr Petrucci, directeur-médecin de

Saint-Gemmes, qu'il a le plaisir de revoir à Rennes comme vice-président du XVe Congrès.

M. le Dr Petrucci remercie M. le Dr Deschamps et porte un toast au président de l'an dernier, M. le Dr Brissaud, qui répond à son tour et parle du bon souvenir qu'il a gardé du Congrès d'Angers, de la famille Petrucci, famille toute de traditions patriarcales.

M. le Dr Crocq, délégué du gouvernement belge, porte un toast chaleureux à la santé de notre confrère le Dr Vallon, si cruellement blessé dans son service ; il le félicite de sa promotion au grade de chevalier de la Légion d'honneur et émet des vœux pour le rétablissement définitif de sa santé.

Un ban enthousiaste accueille ces paroles du sympathique confrère.

M. le Dr Vallon, profondément touché de l'attention de M. le Dr Crocq, le remercie en quelques mots attendris.

M. l'inspecteur général Drouineau, à son tour, prend la parole pour constater l'utilité des congrès du genre de celui de Rennes, où il s'est une fois de plus rendu compte de l'harmonie scientifique et de la bonne confraternité médicale qui régnait entre tous.

Enfin le Dr Sizaret, secrétaire général, porte un toast à M. le Dr Crocq et rappelle les inoubliables souvenirs du Congrès de Bruxelles; il porte un toast à M. Crocq et à M. Girma, secrétaire général du XIVe Congrès à Pau. Il rappelle la réussite brillante des congrès précédents et émet le souhait de suivre la trace de ses devanciers dans les fonctions de secrétaire général.

La soirée s'achève en gaies conversations dans les salons de l'Hôtel de Ville et on se sépare à regret, mais il faut songer que le lendemain, la diane sonnera de bonne heure, à cause du départ pour Dinan.

EXCURSION A DINAN

Le jeudi 3 août, à 7 h. 1/2 du matin, les congressistes réunis à la gare du chemin de fer de l'Ouest, prirent le train pour Dinan. N'ayant pu savoir à l'avance le nombre des excursionnistes et commander le train spécial par La Brohinière qui nous eût permis d'aller par une route et de rentrer par l'autre, le trajet a lieu par Dol. Nous suivons en partie les bords pittoresques du canal d'Ille-et-Rance, à travers de vertes campagnes, passant près de Combourg, où est né Châteaubriant. Bientôt s'aperçoit la haute silhouette de la vieille cathédrale de Dol, datant du XIIIe siècle ; on y signale une particularité : c'est un réduit fermé d'une grille où l'on enfermait autrefois pendant la messe les aliénés qu'on amenait là, en pélerinage, à la chapelle de Saint-Samson. Malheureusement il y a trop peu de temps d'arrêt pour visiter Dol, ses vieilles maisons si curieuses (XIIIe-XVIe siècles) et ses monuments anciens. On repart pour Dinan par Plerguer et Miniac-Morvan. Nous arrivons à 10 heures sous une pluie battante, surprise désagréable du capricieux ciel de la côte d'Émeraude. Nous sommes reçus à l'arrivée par notre très aimable confrère Ollivier, médecin en chef de l'asile privé de Lehon, près Dinan, et nos congressistes parcourent curieusement la ville sous un soleil bientôt radieux. Un coup d'œil aux fortifications, aux vieilles églises contemporaines d'Anne de Bretagne et de la Ligue, aux coteaux couverts de villas perdues dans la verdure, au château de la duchesse Anne, maintenant converti en prison, la porte de Jerzual, la place de l'Horloge, l'église Saint-Sauveur où est le cœur de Duguesclin et derrière laquelle se trouvent un jardin riant d'où la vue domine la Rance avec le hardi viaduc qui traverse la vallée, le port et les villas qui l'entourent. Mais l'heure du déjeuner arrive, et le grand air, ainsi que le voyage matinal, ont aiguisé l'appétit. Nous sommes attendus à l'hôtel Notre-Dame, dont la grande salle a été élégamment

décorée pour nous recevoir. Des retardataires surviennent en automobiles. On s'installe et bientôt on fait honneur gaiement au menu préparé :

Potage Santé
Cantaloup à la Glace
Turbot sauce verte
Timbale Toulouse
Filet sauce anglaise
Poulardes du Mans
Petits pois à la Française
Entremets
Tarte Hollandaise — Savarin à la Crème
Desserts
Fruits de saison — Gâteaux assortis
Cidre, Vins, Champagne breton

Aussitôt après le déjeuner, de nombreuses voitures retenues à l'avance conduisent les congressistes à un kilomètre et demi, à l'asile d'aliénés des frères de Saint-Jean de Dieu. Le grand portail donne accès sur une jolie route dominée par une belle futaie de hêtres qui poussent parmi des rochers moussus d'un majestueux effet et des végétations champêtres, des prairies verdoyantes et un potager admirablement entretenu ; au fond de la vallée apparaissent les bâtiments, à l'entrée desquels nous trouvons avec le frère Corentin, directeur, et le frère Pie Marie, économe, notre excellent confrère Ollivier avec son adjoint, le docteur Chatelet. Nous nous divisons en plusieurs groupes et parcourons les détails de l'établissement.

Fondé en 1836, l'asile, d'une superficie de 50 hectares environ, renferme actuellement 723 hommes, dont 221 pensionnaires et 502 indigents, dont 489 au compte des Côtes-du-Nord.

Les indigents sont classés en quartiers de travailleurs, tranquilles, semi-tranquilles, agités avec cellules, gâteux et épileptiques. Les pensionnats sont dotés de vastes salles, avec un ameublement confortable et de jolies peintures.

Une ferme, avec pressoir à cidre et d'immenses réservoirs en sous-sol en ciment à intérieur vitrifié, un abattoir, une boulangerie et diverses autres intallations à la fois confortables et élégantes indiquent une direction habile et une entente parfaite des services divers. L'établissement est très propre, bien tenu ; les malades

sont calmes, les infirmeries sont aérées. Des frères de Saint-Jean de Dieu assistés d'infirmiers civils assurent le service. Nous avons remarqué la salle d'isolement pour les tuberculeux; parmi ceux-ci, le Dr Dide attire notre attention sur la grande proportion des déments précoces.

Les bains sont encore insuffisants et un projet de réfection complète est à l'étude. Une salle a été disposée pour la tenue éventuelle d'une séance du congrès, mais le temps fait défaut, et après avoir fait honneur à une collation offerte sous les grandes arcades de la cour avec jardin à la française près de la jolie chapelle gothique, notre Président remercie le frère directeur et le frère économe, ainsi que nos confrères de Lehon. Cette première excursion du Congrès laisse aux dames et à tous le meilleur souvenir.

Nous rentrons à Dinan et gagnons, par groupes attardés aux nombreux jolis points de la ville, le port d'embarquement où le « Robert Surcouf » fait vibrer sa sirène d'appel. Il est 5 h. 1/2; la marée nous permet seulement alors de prendre le large. Nous descendons la célèbre vallée de la Rance au milieu d'une eau que le mascaret agite et fait écumer. Les murailles de Dinan disparaissent peu à peu et nous naviguons rapidement à travers les campagnes ornées de villas, de châteaux, au milieu des jolies bourgades, nous arrêtant à quelques écluses.

Notre Président, redoutant pour les dames la fatigue d'une trop longue attente du dîner, a eu l'aimable attention de nous offrir un lunch qui est servi vers 7 h. du soir par les soins de l'hôtel Notre-Dame. Le cidre mousseux coule abondamment, et au champagne, tous s'unissent pour porter un chaleureux toast de remerciement à M. le Dr Giraud, président, à Mme et Mlle Giraud, nos aimables amphytryons et fidèles excursionnistes de tous nos congrès.

Sur ce poétique décor de la Rance, dont l'estuaire s'élargit peu à peu, voici qu'apparaît la nuit avec ses étoiles radieuses ; nous arrivons à Saint-Malo et nous débarquons au grand quai vers 8 h. 1/2. Nous avons près d'une heure et demie avant le départ du train. Vite s'organise une caravane qui parcourt le port, la place Châteaubriant, la plage des bains d'où l'on voit le fort national, les Bey avec le tombeau de Châteaubriand; on parcourt les remparts d'où l'on admire la pleine mer, les feux étincelants des phares du golfe, les joyeuses illuminations de Dinard avec ses villas

luxueuses, nous saluons la nouvelle statue de Jacques Cartier, celle de Surcouf d'où l'on découvre Saint-Servan relié par le pont-roulant. Enfin, nous regagnons la gare, d'où nous reprenons la route de Dol et de Rennes. Il est minuit quand nous nous séparons, charmés des spectacles divers et du retour si agréable par la vallée de la Rance.

VISITE A L'ASILE

Le samedi 5 août, à 9 heures du matin, M. Rault, préfet d'Ille-et-Vilaine ; M. Cuvelier, directeur de l'Asile ; MM. Janvier et Bitouzé, membres de la Commission de surveillance, attendaient avec les DDrs Sizaret, médecin en chef, et Dide, médecin adjoint, MM. Durocher et Leborgne, internes, la venue des congressistes.

Les travaux de démolition de la façade de l'Asile, les ruines de l'incendie de 1903, rendent l'accès de la cour d'honneur bien peu attrayant, et ce n'est que par petits groupes que peuvent pénétrer les visiteurs.

Dans un rapport au Conseil général (août 1903), M. l'architecte départemental dit : « Il semble qu'à plaisir on ait tout fait à Saint-Méen pour le rendre maussade, je dirai plus, repoussant. » Il en sera autrement quand les travaux actuels seront terminés.

J'ai puisé aux sources locales divers renseignements qui établissent l'origine de l'Asile et son développement. On voit les étapes générales de l'assistance des aliénés dans cette histoire locale.

Je termine par un bref résumé de l'état actuel de l'établissement.

Notice sur l'Asile d'Aliénés dit de Saint-Méen de Rennes.

Le 4 septembre 1627, Guillaume Régnier, fils d'un Conseiller au Parlement de Bretagne, acquit au lieu dit le tertre de Joué, à Rennes, divers bâtiments relevant de l'abbaye de Saint-Georges

(fondée en l'an 1000) de Rennes. Il y fonda un asile pour les pèlerins qui se rendaient au sanctuaire du grand Saint-Méen, entre Gaël et Montfort en Bretagne. En ce temps sévissait un mal que les uns croient la lèpre, d'autres une affection pellagroïde, et de la Beauce, de l'Orléanais et du Maine accourait une foule dévote qui venait chercher guérison miraculeuse à ce mal. — Saint Méen, contemporain du roi Judicaël, neveu de saint Magloire et de saint Samson évêque de Dol, avait été choisi à cause de son nom comme patron des gens ayant une maladie de la peau siégeant aux mains (Méen).

En ce temps l'Hôtel de Ville de Rennes, fondé en 1358 sous le patronage de saint Yves, par un prêtre nommé Le Boutellier, regorgeait de lépreux, galeux et teigneux. Les pèlerins qui passaient par Rennes mouraient souvent sans abri le long des chemins et les paysans les enterraient au pied des croix. Cet état de choses émut le bon Guillaume Règnier, qui fonda ainsi l'asile dit : le petit Saint-Méen. — Il eut des difficultés avec l'abbaye de Saint-Georges lorsqu'il voulut fonder une chapelle, et malgré l'appui de l'évêque de Rennes, il dut verser à l'abbesse une somme d'argent à titre de transaction pour éviter un procès.

Gilles, fils de Guillaume Règnier, se fit ordonner prêtre, et le 9 mars 1660 fut nommé aumônier de l'Asile. Le 10 janvier 1664, Guillaume étant mort, son fils Gilles lui succéda. Il acquit de nombreux terrains et continua l'œuvre de son père; en 1679 il unit à l'hôpital général municipal (fondé vers 1550) l'asile Saint-Méen du tertre de Joué, avec ses biens et revenus, et des lettres royales prononcèrent la réunion.

Gilles Règnier mourut en 1707 et fut enterré avec son père, dans la chapelle de l'Asile, où se trouvait encore leur pierre sépulcrale au moment de l'incendie de juin 1903. Des fouilles n'ont pu mettre à jour leurs ossements.

L'abbé Lelièvre, coadjuteur de Gilles en son vivant, lui succéda jusqu'en 1722, et pendant sa gestion un grand incendie (24 décembre 1720) détruisit en grande partie la ville de Rennes.

Les terrassiers ont, en 1905, trouvé dans leurs fouilles, sous le bâtiment voisin de la chapelle, une plaque en cuivre rouge datée de 1716, avec les armoiries de l'évêque Turpin Crissé de Sanssay, qui rappelle les noms des fondateurs et une cérémonie au moment

d'un agrandissement de l'Asile. — Cette plaque est conservée à l'Asile ; d'après les archives, elle fut payée 50 sols.

En 1722, le neveu de l'abbé Lelièvre, nommé Mathurin Barthélemy Martel, lui succéda jusqu'en 1748. C'est de son temps, en 1724, que fut placée à Saint-Méen la première aliénée, Nicolle Harondelle, de Bruc, qualifiée de *faible d'esprit*, moyennant 100 livres par an, somme fixée par M. le Sénéchal de Rennes et payée à l'hôpital par Pierre Rouaux, curateur de la dite Harondelle.

En 1730 fut ouvert le registre des inscriptions de pensions, et vers 1735, 7 pensionnaires ensemble existants versèrent 322 livres. Cette année furent installées les religieuses de Saint-Thomas de Villeneuve. Jusqu'alors il n'y en avait depuis 1726 que 3 pour cette agglomération de pèlerins, malades, vieillards, orphelins, galeux, teigneux, idiots, etc.

Le 1er janvier 1730 M. Cornu est le premier chirurgien appointé pour visites et saignées.

Les premières cellules à l'Asile datent de cette époque.

On a retrouvé les comptes des grilles et chaînes de fer pour fixer les aliénés, ainsi que leurs lits et *billots*, des *poilles* (*sic*) pour les chauffer l'hiver, etc.

En 1745 le Parlement de Bretagne charge le premier Président de coter et parapher le premier registre où durent être inscrits tous les malades.

En 1746 une ordonnance royale dirige sur le petit Saint-Méen les soldats malades des troupes envoyées à Lorient combattre l'invasion anglaise.

Le 3 février 1748 mourut M. Martel, que remplaça l'abbé Étienne Berlaud ; mais devant l'extension que prenait l'Asile par l'agrandissement de son domaine et de ses ressourses, M. Berlaud se démit en 1750 de ses fonctions en faveur de l'abbé Clémenceau. On nomma aussi un receveur chargé des écritures.

A cette époque, un certain nombre de personnages, en présence des événements politiques, se retirèrent à Saint-Méen et le roi y colloqua aussi des détenus par lettres de cachet.

En 1769 l'abbé Clémenceau quitte ses fonctions et la Commission de l'hospice lui donne comme successeur l'abbé Gilles Barbier.

Saint-Méen était devenu peu à peu un hôpital de passage, une

caserne, une prison ; en outre, ses vastes pressoirs, ses celliers, ses greniers, permettaient de faire le cidre et de constituer le grenier d'abondance de l'ensemble des hospices de Rennes. En 1772 le montant des pensions s'élevait à 52936 livres environ.

L'abbé Barbier ayant démissionné, fut remplacé par l'abbé Causiez ; de son temps, Saint-Méen fut de la cave au grenier transformé en cachots dont nous avons encore de nos jours vu quelques portes munies de lourdes ferrures avec guichets.

En 1780 le directeur et gardien de Saint-Méen devint l'abbé Champion, et ce fut sous lui qu'on rétablit le registre spécial aux aliénés, mesure nécessaire pour les distinguer des prisonniers politiques et de droit commun.

L'abbé Champion démissionna le 15 octobre 1791. Il y a toujours un aumônier, l'abbé Buchet, mais c'est alors qu'apparaît le premier directeur laïque, à la fois économe et receveur.

Les événements politiques de ces époques troublées n'ont pas modifié sensiblement la vie particulière de l'asile Saint-Méen de 1792 à 1809.

Les lois de l'an V et de l'an VII réorganisèrent et confirmèrent l'administration en commun de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital général, de Saint-Méen, des Incurables de Saint-Melaine et des Catherinettes qui formaient l'ensemble des hospices civils de Rennes.

En 1809, M. Troihyard, économe-gérant de Saint-Méen, expose à la Commission des hospices qu'il y a défaut de salles de bains, absence de salles de douches, ce qui fait que les familles aisées envoient leurs malades à Paris, où se trouvent des maisons mieux organisées. En ce temps le nombre des pensionnaires de Saint-Méen donnait un bénéfice suffisant pour l'entretien supplémentaire de 70 à 80 indigents.

Mais, comme le dit M. Troihyard, l'orage de la Révolution a été la circonstance, avec la pénurie des fonds, qui a fait tomber la maison au point qu'elle ne peut plus se suffire. Peu à peu l'équilibre se rétablit, on fait des réformes et la maison finit par reprendre sa vigueur première et son ancienne activité. L'épargne reprend, grâce à la stricte économie. M. Troihyard déclare à la Commission des hospices qu'il y a lieu d'employer les fonds pour l'utilité de la maison comme dans les temps plus anciens et plus heureux. De tout temps il y a eu un menuisier, un charpentier,

même un maçon attachés à l'établissement, il faut continuer. La Commission fut de cet avis et le Préfet approuva par un arrêté du 27 septembre 1809.

M. Troihyard bâtit alors des salles au lieu dit la Cour à Carré, une salle de bains et une salle de douches avec un étage de cabinets.

Le 18 octobre 1814 un incendie éclata à Saint-Méen et le même économe Troihyard fut autorisé à faire réparer les dégâts.

En 1817 des terrains sont affermés au tertre de Joué ; on constate les excédents de recettes suivants :

en 1812.............	3584,33
1813....	2982,03
1816..............	3000,29

Les pensions sont au minimum de 600 francs.

Un type de demande d'admission est fixé.

En 1832 le Procureur du Roi blâme l'administration d'avoir accepté et interné un pensionnaire à la simple requête de sa mère, sans avis du Président du Tribunal.

En 1824 le département s'engage à entretenir 80 aliénés à 300 francs et la Commission consacre 40000 francs à agrandir les bâtiments.

En 1824 l'Administration de la guerre traite avec l'Asile pour placer les militaires aliénés.

En 1837 il y avait 28 teigneux assistés à Saint-Méen.

En 1838 le receveur obtint que les engagements de pension se fissent sur papier timbré, et le Préfet refuse de prendre au compte du département les aliénés non furieux ou ne compromettant pas la sûreté.

Au 31 décembre 1838 le personnel inférieur de l'établissement était payé 3349 francs l'an.

Le 12 octobre 1839 le nombre d'aliénés et épileptiques du département est fixé à 100 hommes et 100 femmes, au prix de 300 francs par tête. L'Asile s'engageait à envoyer chercher les malades chez eux par un infirmier vigoureux et expérimenté.

En 1836 M. le Dr Ferrus avait été nommé inspecteur général des maisons d'aliénés.

La loi du 30 juin 1838 fut proclamée et à son inspection de l'asile Saint-Méen, M. Ferrus, en présence du Préfet et du méde-

cin d'alors, le Dr Chambeyron, le 13 novembre 1838 déclara à la Commission des hospices que les bâtiments de Saint-Méen étaient incommodes, mal disposés pour un asile d'aliénés, et qu'ils convenaient au contraire pour y installer un hôpital général. En ce temps la Ville de Rennes établissait ses quais et les bâtiments de l'hospice Saint-Yves, voisin de la rivière, étaient expropriés.

Mais la Ville avait dépensé 263 149 francs en 1830 en plus de sa subvention annuelle de 40 000 francs pour agrandir et entretenir Saint-Méen. Aussi tenait-elle à son Asile et quand M. de Rémusat, le ministre d'alors, nomma le 28 octobre 1840 un directeur indépendant, la Commission des hospices se cabra et fit pétitions sur pétitions pour obtenir de garder Saint-Méen, qu'elle regardait à juste titre comme municipal et non départemental, c'est-à-dire relevant du Préfet et pourvu d'une Commission de surveillance.

Le directeur nommé, M. Noroy, receveur de l'asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin) ne put être installé et d'office le Préfet rattacha les fonctions de directeur à celles du médecin en chef. Celui-ci, M. le Dr Chambeyron, fut un réformateur à la fois et un initiateur remarquable dans la voie du progrès. Sa correspondance, que nous avons pu trouver, indique un esprit éclairé et ferme, préoccupé de sa mission philanthropique. Il obtint un certain nombre d'institutions, un interne, un infirmier-major, des veilleurs de nuit, l'augmentation raisonnable du personnel des infirmiers, l'ordre et la discipline parmi eux. Il établit un lavoir couvert au bord de la Vilaine et un chemin d'accès pour y arriver ; il établit des clôtures, installa des jardins et fit des plantations. Il eut de nombreuses contestations avec les religieuses de l'Asile, qui le critiquaient et dénonçaient. Le 30 septembre 1842 l'aumônier et les sœurs quittèrent l'asile sans donner de raisons, et le service religieux fut fait par le clergé de Notre-Dame, *alors la cathédrale*. D'un compte de 1839 nous apprenons qu'il dépensait 1 431 fr. 95 en frais de pharmacie les 7 derniers mois de 1839 ; il avait alors 310 malades, aliénés, teigneux et galeux. Ses principales dépenses étaient pour la gomme adragante et arabique contre les diarrhées, le lycopode contre les eschares, et enfin 16 à 18 grammes d'hydrochlorate de morphine comme calmant. Le prix moyen de la journée était de 0 fr. 99.

Le budget en recettes était de 122170 fr. 32 au 1er janvier 1842.
— Dépenses — 106744 fr. 01 —

En mars 1845 enfin, accusé d'avoir détourné des objets de consommation et autres à son profit, le Dr Chambeyron fut révoqué, et après un an fut nommé au poste de directeur-médecin de l'asile d'Orléans.

En mai 1845 la Commission des hospices pétitionne à la Chambre des pairs, puis au roi, pour obtenir la reddition de Saint-Méen arbitrairement enlevé aux hospices de Rennes.

Le Dr Chambeyron fut remplacé par le Dr Lemaire et celui-ci par le Dr Belloc en 1846. Ce dernier commence par détruire les *cages en bois* de la salle Sainte-Catherine.

L'économe d'alors était M. Jousselin.

Au 31 décembre 1847, les recettes étaient de 118004 fr. 37.
— Dépenses — 112734 fr. 49.
— Les restes à recouvrer — 7160 fr. 22.

— Cette année (1847) les sœurs de Saint-Vincent de Paul, qui avaient succédé à celles de l'ordre de Saint-Thomas de Villeneuve, rentrèrent à Saint-Méen. L'aumônier était l'abbé Villerio. L'Asile n'avait plus ni sœurs ni aumônier depuis 1842.

Le 18 mars 1848, M. Hamon, préfet de la République, comme premier acte d'administration, rendit Saint-Méen à la Commission des hospices de Rennes.

Du 29 décembre 1848 au 17 avril 1849 M. le Dr Belloc fut chargé des fonctions de directeur, mais dénoncé à son tour et en querelles avec la Communauté, il fut révoqué et envoyé comme directeur-médecin à Alençon, permutant avec le Dr de Fermon. Celui-ci, malade, mourut en décembre 1849, aux eaux dans les Pyrénées, et ne fut pas installé.

M. le Dr Pèchot, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Rennes, d'abord intérimaire, fut officiellement chargé des fonctions de médecin et le directeur choisi fut M. Sproit, conseiller de préfecture à Rennes (6 août 1851).

Le prix de journée du département en 1848 était de 0 fr. 83.

Le Conseil général avait, à sa session d'août 1848, décidé d'acquérir Saint-Méen comme propriété départementale et l'avait fait expertiser.

Les immeubles étaient évalués à 382 000 fr.
Le mobilier à............... 90 000 » } Total : 490 000 fr
et les provisions qui y étaient à 18 000 »

En avril 1849, le choléra fit son apparition à Rennes, et d'un rapport du Dr Pèchot, après une inspection du Dr Parchappe, inspecteur général, il résulte que le fléau n'apparut à Saint-Méen que le 3 octobre 1849 et finit en novembre. Il y eut parmi les hommes et les femmes, en tout 38 cas, dont 20 décès et 18 guérisons. Le Dr Pèchot profita de cette douloureuse circonstance pour améliorer considérablememt l'ordinaire des malades.

Ce fut le 1er janvier 1852, que sous la présidence de Louis-Napoléon, par décision du ministère de Morny, l'asile Saint-Méen fut définitivement acquis comme propriété départementale, moyennant 460 000 francs, payables en 8 annuités.

M. le Dr Billod fut le premier directeur-médecin.

Nota. — Ces renseignements ont été puisés dans les archives de la Commission des hospices, qui a bien voulu autoriser M. Lefrère, contrôleur des hospices, à nous les laisser consulter. M. Simon, imprimeur à Rennes, a également mis à notre disposition l'ouvrage du Dr Le Menant Des Chesnais qui résume l'histoire de l'asile Saint-Méen de 1627 à 1791. Nous leur adressons nos remerciements.

En 1852, l'Asile ne se composait que d'un ramassis de vieilles constructions, très mal disposées, suivant la remarque de M. l'inspecteur général Ferrus, en 1838.

Vers 1860, M. l'architecte Philipon fut chargé le premier d'agrandir l'hospice. Il établit les ailes des bâtiments de l'entrée, créa les quartiers des tranquilles et des agités.

Vers 1876, l'architecte Béziers-Lafosse construisit les pensionnats des agités, hommes et femmes.

Depuis 1884, M. l'architecte Laloy s'efforce de remanier le tout sur un plan d'ensemble.

Quatre pavillons ont été construits au sud, sur un même type.

La ferme, la buanderie, les séchoirs, la nouvelle cuisine, le château d'eau, sont de cette époque.

Un bâtiment destiné à désencombrer le quartier des femmes et un quartier neuf pour les femmes épileptiques, avec cour munie

de claire-voie, ont été inaugurés en 1905. L'incendie de 1903 ayant détruit les bureaux de la direction et du médecin en chef, ainsi que la chapelle et le logement de l'Économe, des constructions nouvelles sont entreprises et la façade de l'Asile va totalement changer d'aspect. Le Congrès l'a vue en pleine démolition.

Depuis 20 ans 1 859 000 francs ont été votés pour remanier l'Asile.

Mais le domaine d'assiette de l'établissement n'est que de 33 hectares et il y a évidemment pénurie de terrains de culture. Le service médical, d'accord avec le service administratif, réclame l'acquisition de terrains dans le voisinage pour y amorcer une colonie agricole, où pourront prendre place un grand nombre de malades calmes et travailleurs (déments, arriérés et convalescents). Il est évident que dans l'Ille-et-Vilaine, pays essentiellement agricole, il y a lieu de fournir du travail agricole à nos aliénés. Leur santé générale et les guérisons s'en ressentiront favorablement. L'agriculture avec ses légumes, ses fruits, ses céréales, sans compter l'élève du bétail et la production du lait, ne pourra qu'augmenter considérablement le bien-être et les bénéfices d'exploitation.

Les parties de l'Asile que le Congrès a le moins appréciées sont les bains des indigents H et F, les cours des hommes et des femmes agités et le quartier cellulaire des deux divisions.

Renseignements généraux.

La population, qui était de 886 au 1er janvier 1895, est arrivée le 1er janvier 1906, à 1015.

Le chiffre des admissions est de :

H	F	2 sexes
107	122	229

Le chiffre des sorties est de :

H	F	2 sexes
73	79	153

Le chiffre des décès est le suivant :

H	F	2 sexes
37	40	77

Il n'y a pas d'affections endémiques à l'asile de Saint-Méen.

Le prix de la journée des indigents est de 1 fr. 15 pour le département d'Ille-et-Vilaine et de 1 fr. 40 pour les autres départements.

La pension hors classe avec chalet spécial est de	5.500 fr. (1 pens.)
La classe exceptionnelle est de..............	3.000 fr. (2 pens.)
La première classe est de..................	1.700 fr. (23 pens.)
La deuxième classe est de..................	1.300 fr. (18 pens.)
La troisième classe est de..................	750 fr. (58 pens.)
La quatrième classe est de..................	450 fr. (61 pens.)

Les recettes en 1905 ont été au total de....	657.507 fr. 24
Les dépenses..........................	612.045 fr. 20
L'excédent est de........	45.462 fr. 04

Un amphithéâtre de dissection, un laboratoire pourvu d'étuves, d'un microscope et d'un microtome, d'un appareil de photographie, permettent les recherches d'anthropologie et d'anatomie, d'histologie et bactériologie.

La pharmacie est confiée à une religieuse.

Le personnel se compose d'un directeur administrateur, d'un médecin en chef et d'un médecin adjoint, avec deux internes ; d'un receveur et d'un économe, d'un secrétaire avec des employés en sous-ordre.

Il y a un surveillant en chef, un veilleur, un baigneur et 33 infirmiers, une supérieure surveillante en chef et 23 sœurs, une veilleuse, une baigneuse et 42 infirmières, quinze chefs d'ateliers, dont un chef jardinier, huit aides de culture, deux filles de basse-cour, etc.

Après la visite de l'Asile, les congressistes se réunissent dans la salle du théâtre, située au centre de la division des femmes, et y entendent diverses communications. (Voir ci-dessus séance du samedi matin 5 août.)

Midi arrive bientôt, et les congressistes se dirigent rapidement, à cause des menaces d'un ciel incertain, vers le bord de la rivière, où, dans la vaste salle du séchoir couvert de la buanderie, ont été aménagées les tables du banquet. Des drapeaux, des guirlandes de verdure, des roseaux appliqués en vertes draperies et des fleurs

de toute beauté en couvrent les murs et les tables ; au centre se dresse un motif décoratif de mosaïculture, œuvre du chef jardinier, hommage au XVe Congrès. Derrière la table centrale est placé sur un élégant piédestal le buste de la République, entouré de drapeaux. Sur un côté de la salle se trouve une estrade où se placent des violonistes autour d'un piano.

Le banquet est présidé par M. Janvier, membre de la Commission de surveillance, entouré de M. l'inspecteur Drouineau, de M. le président Giraud, de M. le Dr Bourneville, de M. Bitouzé, membre de la Commission de surveillance. Les dames sont nombreuses. La pluie tombe en abondance peu après le début du banquet, rafraîchissant à point l'atmosphère assez lourde. La carte du menu servi par la maison Gaze, de Rennes, est artistement dessinée par l'imprimeur du Congrès. Des vignettes représentent la salle nouvelle de l'infirmerie des femmes, le vieux promenoir en terrasse devant la cuisine, avec des malades occupés au jardinage, enfin au centre se voit le bâtiment central de l'entrée, datant de la fondation, que les démolisseurs sont occupés à faire disparaître.

MENU

Bar à la Moscovite
Cantaloup

Filet à la Portugaise
Pâtés de Poulardes Truffés

Gigot de Pré-Salé
Salade
Haricots Verts à l'Anglaise

Moka Praliné
Petits Fours
Coupes de Fruits

Cidre
Vallet, Bordeaux rouge
Médoc, Champagne

Café, Cognac

Au champagne, M. Janvier porte un premier toast ; il s'excuse de présider à l'improviste ce banquet où sont réunies tant de sommités médicales ; il boit à la santé des hôtes de l'Asile et du Département et félicite les congressistes de la réussite de leurs travaux.

M. le Dr Giraud s'exprime en ces termes :

MESSIEURS,

L'an dernier à pareille date on recevait au Congrès de Pau des télégrammes disant que le Congrès suivant ne pourrait pas nous réunir à Rennes, qu'on ne pourrait pas nous recevoir à l'Asile. Nous avons maintenu ce qui avait été convenu un an auparavant, nous sommes venus à Rennes et nous avons bien fait, car nous y sommes admirablement reçus. Nous ne gardons pas rancune contre ceux qui nous dissuadaient de venir, Ils craignaient qu'il y eût mauvaise impression en voyant l'Asile en voie de transformation. C'était un scrupule exagéré. L'Asile de Rennes a son histoire. En 1627 Guillaume Régnier, conseiller au Parlement, acheta la propriété du tertre de Joué et y fonda un asile pour les pèlerins allant à Saint-Méen ; un siècle plus tard, en 1720, on y reçut des aliénés. En 1729 on y construisait des cellules et en 1780, il y avait obligation d'avoir un registre spécial pour les aliénés. Le Domaine devint la propriété des Hôspices en 1791. En 1835 eut lieu le transfert des aliénés placés dans la maison de force. En 1850, l'Établissement fut acheté par le Département et devint l'Asile départemental. Que de transformations, Messieurs, et combien nous sommes loin de l'Asile de Guillaume Régnier en 1627. Personnellement j'ai visité l'Asile Saint-Méen il y a trente ans, et j'y suis revenu depuis. Chaque fois j'y ai vu de grandes améliorations. Loin de garder mauvaise impression d'un Asile en voie de transformation, nous ne pouvons que féliciter l'administration départementale de ce qu'elle a fait pour le bien des malades, et je lève mon verre aux représentants de l'Administration.

M. le Dr Drouineau, inspecteur général, lève son verre à la réussite du Congrès et à l'Administration départementale qu'il remercie.

M. le Dr Bourneville prononce une allocution dans laquelle il fait un parallèle entre les asiles de France et les asiles de Belgique. Il exprime sa satisfaction de voir l'asile de Rennes en voie de sérieuse amélioration et, en termes humoristiques, félicite le département d'avoir à sa tête un Préfet dévoué qui n'est pas seulement occupé des chemins vicinaux, mais s'intéresse aux établissements hospitaliers.

A ce moment l'orchestre fait entendre la *Marseillaise* que l'on écoute debout. Ensuite on joue la *Brabançonne*, l'hymne national de Belgique. Nos excellents amis de Bruxelles ont eu l'aimable

attention de toujours unir les deux hymnes nationaux dans les nombreuses occasions où les banquets les réunirent aux médecins de France. M. le Dr Crocq, délégué du gouvernement belge, dans un toast vibrant, se montre particulièrement touché de l'audition de l'hymne de Belgique. Il remercie le Comité d'organisation et porte un toast amical au Secrétaire général de Rennes, en l'honneur duquel on bat un ban vigoureux.

M. le Dr Sizaret, à son tour, remercie les membres du Congrès et se déclare particulièrement heureux de voir couronnés de succès ses efforts pour élever le Congrès de Rennes à la hauteur de ceux qui l'ont précédé.

Il fait des vœux pour que, comme le disait l'an dernier dans son compte-rendu du Congrès de Pau M. le Dr Girma, secrétaire général, à propos de l'harmonie administrative, en rappelant une expression du Dr Auzouy « le service d'architecture puise les inspirations de son talent dans la pensée médicale. »

Le déjeuner est terminé ; pendant que Mme Deschamps, la femme de notre confrère de Rennes, le ciel étant rasséréné, invite les dames à une promenade en voiture aux ruines pittoresques de Saint-Sulpice-la-Forêt, les congressistes, infatigables dans le travail, tiennent une dernière séance dans la salle de théâtre de l'Asile et ne se séparent qu'à la fin de l'après-midi. Voir ci-dessus séance du samedi soir 5 août.

EXCURSION A PAIMPONT

Le dimanche 6 août, la Compagnie des tramways départementaux organisa un départ spécial avec une complaisance parfaite. Partis à 6 h. 1/2 du matin, de la grande place du Mail, les excursionnistes suivirent à travers une jolie campagne la petite ligne qui traverse le bourg de Mordelles et permet de voir ça et là les villages disséminés dans la verdure. Nous arrivons à Plélan, où des voitures retenues d'avance nous conduisent par la route nationale au lieu dit « Les Forges de Paimpont », en passant près

de grands étangs ; nos congressistes pénètrent dans la forêt. Beaucoup mettent pied à terre et se dispersent dans les hautes fougères sous les futaies dans lesquelles se jouent les chauds rayons du soleil. Enfin, dans ce décor forestier, la caravane arrive à Paimpont. En attendant le déjeuner, nous allons visiter la vieille église de l'abbaye fondée au VIIe siècle par saint Judicaël. De nombreux restes d'architecture gothique décorent le lieu saint ; on remarque les anciennes statues de saint Judicaël et de saint Méen. De riches boiseries sculptées décorent la nef, le chœur, les transepts. A la sacristie, un reliquaire d'argent en forme de bras tenant un missel, renferme les reliques de saint Méen ; cet objet d'art serait un don de la reine Marguerite, femme de François II. Enfin, on montre aux visiteurs un admirable Christ d'ivoire, chef-d'œuvre d'un artiste inconnu, d'une expression sublime. Un coup d'œil aux costumes pittoresques des paysans nombreux accourus à l'heure de la grand'messe.

Le propriétaire de la forêt, M. Levesque, sur la demande de notre confrère, M. le professeur Bodin, de Rennes, a bien voulu autoriser l'hôtelier à dresser les tables de notre déjeuner sur le bord du grand étang de Paimpont, sous de beaux arbres où circule le grand air. La matinale promenade en forêt excite l'appétit ; vite, on s'installe et le repas s'achève joyeusement. Nous remontons alors en voiture peu après midi pour parcourir les curiosités naturelles et les points célèbres ; nous considérons la mine de fer en exploitation, semblable à un vaste cratère ; une ligne électrique conduit au loin le minerai. Voici la route de Concoret, le château de Comper, avec de belles ruines au bord d'un étang, qui appartient à la famille de Charette. Nous allons ensuite contempler sur une éminence les ruines, maintenant informes en raison du vandalisme qui les a mutilées, d'un ancien dolmen appelé *le tombeau de Merlin* ; nous redescendons sous un petit bois de pins, à une source bien modeste que les chansons de gestes du *cycle d'Arthur* et des *Chevaliers de la Table Ronde* ont célébrée sous le nom de *fontaine de Jouvence*. C'est à peine si nos congressistes trouvent quelques gorgées de cette eau vantée et les railleries n'empêchent pas un certain nombre de tenter en riant l'alléchante absorption. Puisse un miracle de la bonne source redonner, tout au moins un jour, à ce pauvre vallon ses parures d'autrefois ! La fée Brocéliande, la

fée Viviane et l'enchanteur Merlin endormi en ces lieux si paisibles ne réussissent guère à empêcher la désillusion, et malgré la légende bien assise, d'adresser quelques reproches de mystification au secrétaire général, tant il y a de désenchantement en ce site maintenant désolé.

Les voitures repartent; un malheureux cheval, ivre de grand air, veut passer devant les autres et verse dans un fossé les voyageurs d'un breack; une de nos plus charmantes congressistes est contusionnée au front contre une ferrure de l'équipage, mais le mal est sans gravité, et Mme Charuel en est quitte pour un léger mal de tête bientôt dissipé. Cet incident nous amène peu à peu à l'heure du repas; un dîner est servi à l'hôtel du Croissant, dont les aimables propriétaires ont décoré la table avec une profusion de fleurs. Le menu est apprécié par les estomacs mis en joie par la promenade. Voici la nuit, et à 8 heures, nous reprenons les voitures de la ligne de Tramway. Nous rentrons fatigués, mais à part l'incident du char versé, la journée a été agréable et laisse à tous de bons souvenirs.

EXCURSION A PONTORSON

Le lendemain 7 août, peu après 6 heures, c'est encore grâce à la bienveillance de la direction des tramways que, trop peu nombreux au départ, vu peut-être l'heure matinale, nous commençons l'itinéraire de la dernière journée. Partis de la gare de Viarmes, nous quittons la ville par la route de Fougères et nous gagnons la forêt de Rennes aux admirables futaies. Un arrêt forcé permet aux congressistes d'aller jusqu'au petit bourg de Gahard, où s'élève un vieil arbre de la liberté près d'une église antique et d'un vieux château; un frugal déjeuner d'auberge fait admirer à nos voyageurs la simplicité de nos campagnes... et le bas prix des denrées prises sur lieu. Un peu de pluie est tombé; nous regagnons nos wagons et nous arrivons peu à peu dans la vallée du Couësnon. Nous voici à Antrain; nous quittons e tramway et prenons le chemin de fer Vitré-Fougères à Pontorson, où nous arrivons à 9 h. 1/2. Plusieurs

Congressistes ont gagné Pontorson par la ligne de l'Ouest, à cause sans doute du départ plus tardif. De la gare, nous descendons par la grande rue à l'hôpital, en traversant le pont du Couësnon.

Le D[r] C. Sizaret père, médecin en chef retraité des asiles publics, est depuis 10 ans chargé des mêmes fonctions à l'asile communal de Pontorson. Il en fait les honneurs avec son aimable adjoint M. le D[r] Bailleul, maire et conseiller général, assisté de plusieurs membres de la commission administrative. Les congressistes se partagent en plusieurs groupes et circulent dans l'établissement.

Notice sur l'Hospice de Pontorson.

L'hospice de Pontorson fut fondé en 1115, par les paroissiens de cette ville, en faveur des pauvres et des gens de guerre qui s'arrêtaient aux confins de la Bretagne et de la Normandie. Un prêtre le dirigeait. En 1357, les bourgeois y installent un prieur chapelain, et quelques années plus tard, des lettres-patentes de Jean le Bon les maintiennent eux-mêmes dans leurs titres de « patrons-fondateurs ». En 1644 ils accordent la gestion de l'administration des biens de l'hôpital aux religieux de l'ordre du Bienheureux Jehan-de-Dieu. Des lettres-patentes de Louis XIV confirment cet arrangement en laissant toujours aux habitants du pays la qualité de « patrons-fondateurs et présentateurs » que continue de leur accorder un arrêt du Parlement de Rouen daté de 1656. Les religieux de Saint-Jehan-de-Dieu demeurent jusqu'à la Révolution française. Dans le courant du XVIII[e] siècle, l'hôpital de Pontorson avait acquis une certaine importance. En 1776, les recettes étaient de 59 000 livres et les dépenses de 41 000. Entre temps avait été créé près de lui « en faveur des *pauvres femmes* et *filles malades* » un autre hôpital indépendant qui resta sous l'administration exclusive de la municipalité en 1760.

Dans le premier, les religieux ne recevaient pas seulement des malades et des soldats, mais encore quelques « déments » et un assez grand nombre d'exilés frappés par des lettres de cachet et entretenus pour la plupart aux frais de la cassette royale.

La Révolution réunit en une seule les deux maisons pour en faire l' « hospice civil » de Pontorson, placé sous l'autorité d'une Commission administrative municipale. En 1807, la Commission

traita avec les religieuses de *l'ordre de la Sagesse ;* moyennant certains avantages, celles-ci furent chargées *d'administrer en grand et en détail les secours à donner aux malades*, tout en restant comptables de cette gérance envers l'administration municipale.

L'Hospice était devenu surtout une maison d'aliénés, mais il ne semble pas qu'un médecin y ait été attaché spécialement avant l'année 1820 (18 ans avant la loi de 1838).

Organisation actuelle. — Aujourd'hui, les Sœurs de la Sagesse sont encore à l'Asile, qui n'est qu'un quartier d'hospice, mais leurs attributions sont de plus en plus restreintes. La direction appartient à la Commission municipale administrative, sous la présidence du Maire.

Un médecin en chef, préposé responsable, tenu à la résidence et secondé par un médecin-adjoint choisi parmi les praticiens de la ville, un receveur et un économe assurent les différents services. Ils sont nommés par le Préfet sur présentation de la Commission administrative.

Nombre des malades. — Au 1er mai 1906, l'asile de Pontorson compte :

Indigents.	210 h.	198 f.	TOTAL.	408
Pensionnaires.	46 »	73 »	»	119
TOTAL.....	256 h.	271 f.	En tout	527

Classement des malades. — L'Asile se trouve en voie de complète réorganisation à la suite des grands incendies de 1905 qui ont fait évacuer deux vieux quartiers et de la construction de trois grands quartiers. Quand les deux quartiers incendiés seront, avec les trois autres, en état de recevoir les malades, il y aura facilement place pour 600 personnes.

Pensionnats. — Le pensionnat des hommes laisse beaucoup à désirer ; celui des femmes est très bien aménagé. Ce dernier, situé dans un grand bâtiment séparé, entre deux jardins, compte 30 chambres spacieuses et confortables, dont plusieurs ont comme annexe une chambre de bonne ou gardienne. Il y a actuellement 22 malades.

Durant les 10 dernières années, la population a oscillé entre 400 et 530 aliénés des deux sexes. La mortalité a été entre 1896 et 1905 de :

10 °/o en 1896.	11 °/o en 1901.
6 °/o en 1897.	9 °/o en 1902.
10 °/o en 1898.	8 °/o en 1903.
7 °/o en 1899.	7 °/o en 1904.
8 °/o en 1900.	6 °/o en 1905.

Superficie de l'Asile. — L'Asile possède environ 100 hectares de terres, réparties en divers lieux, dans la ville ou aux alentours. Les constructions hospitalières occupent une dizaine d'hectares, y compris les cours et jardins. Une grande ferme, pouvant abriter et nourrir une centaine de bêtes à cornes, autant de moutons et de porcs, 32 chevaux, s'y trouve annexée. La surface de cette ferme avec les champs et prés, le potager, situé de l'autre côté de la route, comprennent ensemble 26 hectares environ. Mais, en dehors des 100 hectares, son domaine propre, l'Asile prend encore à bail 82 hectares qu'il exploite lui-même en employant les aliénés tranquilles.

Personnel. — Le service intérieur comprend 76 personnes, 14 Sœurs de la Sagesse, 5 ouvrières, 29 gardiennes et 29 gardiens avec un surveillant en chef, un chef de culture et un chef jardinier. Le service extérieur comprend 49 personnes, 7 Sœurs, 15 femmes, 32 hommes.

Un infirmier est attaché spécialement au petit hôpital civil annexé au quartier d'aliénés et géré par la même administration.

Pharmacie. — Une Sœur prépare les médicaments sous le contrôle du médecin en chef.

Le quartier cellulaire, disposé en hémicycle dans les deux services, est en voie de réorganisation. Les installations hydrothérapiques vont être incessamment aménagées dans les locaux neufs bien disposés. L'eau excellente de la source Saint-Mathurin à Sougeal arrive en abondance, Une buanderie vaste avec grand séchoir installée au bord du Couësnon permet de laver facilement le linge. Une boulangerie et un abattoir assurent le service de consommation. Une cuisine de belle mine est située au centre de

l'hospice. Un cellier très vaste renferme la provision de cidre produit par les pressoirs de la ferme.

Un vin d'honneur est offert dans une des grandes salles du quartier neuf des femmes. Notre Président remercie MM. Bailleul et Sizaret de leur aimable réception. Un certain nombre de congressistes, désireux de profiter de quelques instants libres, courent visiter en ville la vieille église (du XIe siècle) romane avec ses granits si intéressants, ses sculptures naïves. M. Hamard, avocat à Rennes, membre de la Commission de surveillance de l'Asile Saint-Méen, a bien voulu se joindre à nous et son érudition archéologique ajoute le charme d'une parole pleine de science aimable à l'aspect un peu froid du monument historique classé. Il est onze heures passées ; il est grand temps de regagner la gare, où nous attend un tramway à horaire spécial pour nous conduire au Mont-Saint-Michel. Ce n'est plus la sauvage Bretagne ; c'est la Normandie aux gras pâturages ; voici Moidrey et ses *tangues*, marnes d'alluvion utilisées comme calcaires dans les campagnes granitiques des alentours. De loin, nous voyons se dresser la haute silhouette de la *Merveille*. Nous arrivons à la digue qui unit depuis 25 ans le Mont-Saint-Michel à la terre ferme, laissant à l'ouest le Couësnon qui a définitivement retranché de la Bretagne ce coin si curieux. L'immense étendue des grèves s'étend de Carolles à Cancale, avec la pointe de Roz à gauche, l'escarpement de la vieille cité d'Avranches à droite. En Bretagne, voici d'immenses terrains : les *polders de l'Ouest* conquis sur la mer, où se cultivent les asperges et les artichauts en primeurs, où broutent les célèbres moutons de pré-salé. Voici à droite la pléiade des petits bourgs de la côte, avec prairies où s'engraissent les beaux bestiaux, où naissent les chevaux normands. Voici la Sélune sous Avranches qui vient se perdre dans la baie entre le Mont-Saint-Michel et le Mont-Tombelaine. Beaucoup parmi les congressistes ont déjà vu cette contrée si curieuse, mais les nouveaux venus ne peuvent admirer davantage. Nous arrivons au Mont vers midi. Nous sommes attendus à l'hôtel Duguesclin, sur les remparts, d'où la vue porte vers le Sud-Est. Le déjeuner est le bienvenu après l'absorption de ce formidable apéritif qu'est la brise des grèves. Le ciel est rassé-

réné, de grands nuages se jouent dans l'azur. Mais la mer est retirée et nos voyageurs ont peine à se figurer que, dans quelques heures, sans la digue ils seraient emprisonnés dans le Mont par la mer qui recouvre l'immensité deux fois le jour. La grande salle et le rempart voisin sont remplis de tables. Le champagne normand fuse et pétille, la bonne humeur est générale.

Aussitôt le déjeuner terminé commence pour les nombreux convives l'ascension du mont et la visite de ses multiples curiosités. Nous ne détaillerons pas ces beautés si connues ; des amateurs photographes, parmi lesquels M. l'Inspecteur général Drouineau, se font une fête de prendre des clichés. Des pages nombreuses pourraient être consacrées à la description des choses admirables qui s'offrent aux visiteurs, depuis la salle des chevaliers, le réfectoire des moines, les cryptes, la colonnade du cloître et la basilique en ce moment en réparation. La statue colossale de l'Archange Michaël plane du haut de l'édifice et ne paraît d'en bas guère plus grosse qu'une mouette d'or. La vue domine l'immensité et la majesté du spectacle séduit tous les visiteurs. Un coup d'œil au *trésor*, au musée panoramique, à la chapelle Saint-Aubert et à la forêt druidique au nord du mont. La journée s'avance. Notre locomotive prodigue ses appels stridents. Nous repartons pour Pontorson, quittant à regret ces lieux si beaux. A la gare, la plupart des congressistes prennent le train prévu, de 5 h., pour Saint Malo, où un peu de repos bien gagné leur permettra de se retrouver le lendemain au départ du bateau pour Jersey.

La compagnie anglaise a consenti une très importante réduction pour le voyage ; les hôtels sont accueillants et ont consenti des rabais. Beaucoup de nos confrères et de dames, ayant à leur tête le Président, Mme et Mlle Giraud, s'embarquent pour les îles anglo-normandes.

Quelques jours à Jersey, si gaie et si visitée, une charmante excursion à Guernesey et le retour par Granville ou Saint-Malo.

Ainsi s'achève le Congrès, en un décor toujours nouveau qui, nous l'espérons, nous ramènera des visiteurs.

TABLE DES MATIÈRES



RENNES

IMPRIMERIE BREVETÉE FRANCIS SIMON